MICHAEL POLLAK

OS HOMOSSEXUAIS E A AIDS

SOCIOLOGIA DE UMA EPIDEMIA

Tradução de Paula Rosas

OS HOMOS SEXUAIS E A AIDS

MICHAEL POLLAK

OS HOMOSSEXUAIS E A AIDS

SOCIOLOGIA DE UMA EPIDEMIA

Tradução de Paula Rosas

Título original: *Les Homosexuels et le sida — Sociologie d'une épidémie*

Editora Estação Liberdade Ltda.
Rua Dr. Rodrigo Silva, 70 - cj. 86 - Fone: (011) 32-8332 278-3207
São Paulo - SP - CEP 01501

Responsabilidade editorial: Jiro Takahashi
Preparação dos originais: Nelson Nicolai
Revisão: Maria de Lourdes Scoss, Lúcia S. Nicolai e
Cauê Nicolai de Carvalho
Capa e planejamento gráfico: Valdir de Oliveira
Ilustração da capa: Detalhe do tríptico *O jardim das delícias*,
de Hieronymus Bosch
Composição: GHN - Artes Gráficas S/C Ltda (32-9934)

Dados de Catalogação na Publicação (CIP) Internacional
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Pollak, Michael.
Os homossexuais e a AIDS : sociologia de uma epidemia ; tradução de Paula Rosas. — São Paulo : Estação Liberdade, 1990.

1. AIDS (Doença) — Aspectos psicológicos 2. AIDS (Doença) — Aspectos sociais 3. Homossexualidade I. Título.

CDD-306.76
-304.62
-363.49
90-2326 -616.9792

Índices para catálogo sistemático:

1. AIDS : Aspectos psicológicos : Medicina 616.9792
2. AIDS : Aspectos sociais : Medicina 616.9792
3. AIDS : Efeitos na população : Sociologia 304.62
4. Homossexualidade : Problemas sociais 363.49
5. Homossexualidade : Sociologia 306.76

A Jean-Pierre
e Serge

SUMÁRIO

Segunda parte

UM RISCO SOCIAL E POLÍTICO

APRESENTAÇÃO

Nenhuma doença provocou, nos últimos anos, tantas reações de angústia e de fascínio como a AIDS, ao misturar os medos e os tabus milenares de epidemia, homossexualidade e morte. Suas vias de transmissão pelo sangue e pelo esperma são carregadas de ligações com as idéias de pureza, procriação e reprodução social. Ainda pouco dominada pela medicina, essa doença muito grave vem além do mais opor-se duramente ao saber médico, que nossa sociedade moderna, científica e técnica julgava ilimitado.

Patologia nova em processo de definição, a AIDS é, portanto, um objeto privilegiado de observação das conexões existentes entre as ordens biológica, social e moral. O caráter contagioso, a disseminação rápida, a falta de terapias eficazes e a concentração das primeiras vítimas em grupos marginalizados — essencialmente, os homossexuais masculinos e os toxicômanos por via intravenosa — distinguem a AIDS das doenças que nos últimos tempos serviram de campo empírico às pesquisas sociológicas.

Na verdade, e mais particularmente com seu principal "grupo de risco", a AIDS evoca as grandes epidemias descritas em *Le temps de la peste*, por William McNeill, segundo quem as epidemias acompanhariam cronologicamente as mudanças profundas e rápidas das relações sociais e dos modos de vida.[1] Toda vez que populações afastadas entram em contato umas com as outras, toda vez que se modificam fundamentalmente as trocas entre os homens, os agentes infecciosos aumentariam de virulência contra indivíduos e grupos que mais desenvolveram ou sofreram essas transformações e cujas capacidades de defesa se encontram reduzidas. Esse vínculo cronológico entre as modificações sociais

e a ocorrência das epidemias leva evidentemente a pensar, no caso da AIDS, na liberação sexual, da qual os homossexuais foram simultaneamente os beneficiários e os agentes mais ativos. Mesmo nos comentários menos moralistas, a AIDS parece marcar o fim dessa época de liberdade e o fim de certo modo de viver a homossexualidade.

A expressão "grupo de risco" nasceu de observações epidemiológicas.[2] Mas, enquanto categoria de construção da realidade social, a definição da AIDS e de seu contágio tornou-se objeto de concorrência científica e de lutas sociais conduzidas na maioria das vezes por intermédio dos meios de comunicação de massa.[3] Até a descoberta do vírus e a comprovação de sua participação no desencadeamento da doença em 1983-1984, estabeleceu-se, na falta de um único modelo etiológico comumente aceito nos meios científicos, uma construção estatística muito rígida de "grupos de risco", o que gerou uma profusão de hipóteses e interpretações muitas vezes contraditórias. Apesar da predominância do modelo etiológico biomédico, o modelo etiológico social e psicológico continua a influenciar ainda hoje os trabalhos sobre o desencadeamento da doença, favorecido segundo alguns pela ação de "co-fatores"que podem ser de ordem não-biológica.[4] A designação muito acentuada das vítimas potenciais da doença contrasta fortemente com a incerteza sobre as razões médicas desses alvos privilegiados. Essa desordem científica não ajuda muito as vítimas prováveis, ou designadas como tais, a estabelecer uma estratégia eficaz de gestão do risco. Tal confusão criou então em muitos homossexuais o sentimento de que eram denunciados menos pelo que faziam do que pelo que eram. Daí as reações mais freqüentes de contradenúncia (denúncia dos denunciadores), de desmentido ou... de temporização cautelosa.

As descobertas, entre 1983 e 1985, da origem virótica da doença e de suas diferentes vias de transmissão reforçaram a confiança no discurso médico. Essa abertura conduziria a uma melhor adaptação individual e coletiva ao risco, desde então claramente designado como risco de contágio.

A realização, a partir de 1985, de testes de detecção dos anticorpos do HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) modificou profunda-

mente os dados do problema. A partir de então, pode-se saber se se esteve ou não em contato com o vírus. Daí o surgimento de nova fonte de inquietação, diante da impossibilidade de prever, em caso de soropositividade, o desencadeamento e a evolução da doença. Já não se trata apenas do risco em si, mas de sua gestão, deliberada ou sofrida, que se torna objeto de controvérsias entre os cientistas e as populações afetadas.

É nesse contexto que adquirem pleno sentido as pesquisas sociológicas sobre a posição dos homossexuais em face da AIDS.[5] Os elementos que atuam na gestão do risco no seio desse grupo que representa mais de 60% dos casos registrados prefiguram de certa maneira o que ocorreria em caso de generalização da epidemia. Revelando certas características das trocas sexuais, até mesmo uma homossexualidade vivida até então de modo clandestino, a disseminação do vírus HIV revela igualmente o lugar dos homossexuais na sociedade. Devolvendo-lhes uma imagem endurecida de si mesmos, a expressão "grupo de risco" torna-se o espelho das condições sociais reservadas a uma categoria especial de pessoas, quando um risco médico, percebido ao mesmo tempo como risco social, afeta a capacidade dos indivíduos ou do grupo para assegurar-lhe a gestão.

Assim, a AIDS criou uma situação quase experimental de colocar em prova valores de tolerância e de liberdade individual e a capacidade de uma sociedade moderna para responder rapidamente a uma ameaça imprevista. A concentração da doença em grupos minoritários é a causa desse caráter experimental *in vivo*. Tendo-se tornado campo exemplar de observação das precauções diante do contágio, os "grupos de risco" fornecem naturalmente os primeiros objetos de pesquisas epidemiológicas e terapêuticas. As discussões sobre as eventuais medidas administrativas a serem tomadas contra essa doença colocam em relevo as repercussões políticas que teriam sobre a própria vida desses grupos. A AIDS age, portanto, como um revelador poderoso das tensões em ação na sociedade e formula o seguinte problema: como transmitir a mensagem preventiva sem provocar dramatização excessiva, que alimentaria reações repressivas injustificadas do ponto de vista médico?

A primeira parte deste livro apresenta os resultados de pesquisas anuais realizadas junto a leitores da revista homossexual *Gai Pied Hebdo* no decorrer dos verões de 1985, 1986 e 1987.[5] Uma pesquisa que se interesse por um universo desconhecido, de contornos vagos, deve valer-se de métodos qualitativos, sobretudo relatos biográficos sobre trajetórias individuais, que, segundo H. S. Becker,[6] permitem reconstruir de imediato as lógicas desse universo e suas regras de funcionamento. O caráter restrito de tais informações, entretanto, pode levar o pesquisador a conclusões precipitadas, pois a comparação de algumas dezenas de trajetórias reconstruídas por entrevistas abertas não permite avaliar com precisão a extensão dos fenômenos observados, os quais seria preciso relacionar com o espaço social que os condiciona e que lhes dá um sentido.[7] Se o recurso às estatísticas administrativas geralmente permite que os sociólogos tenham uma idéia da paisagem social, a falta aqui dessas estatísticas oficiais será em parte compensada pelo canal utilizado, ou seja, uma revista especializada.

Os padrões estabelecidos espontaneamente nessas duas pesquisas revelaram-se maiores do que o do *Rapport Gai*, análise dos modos de vida homossexuais realizada no início dos anos 80 por um sistema de investigação em bola de neve a partir de questionários distribuídos em locais associativos. Essa diferença ressalta o papel importante na vida homossexual francesa dos meios de comunicação e das revistas, sobretudo da *Gai Pied Hebdo*. A grande estabilidade das características de seus leitores permite utilizar essas pesquisas para medir as mudanças ocorridas no intervalo. Mas nelas só figuram os leitores mais ou menos regulares de um semanário. Segundo as normas de uma prática determinada culturalmente, esse procedimento exagera a parte das classes médias. Por isso concluímos e controlamos essas pesquisas por meio de outras realizadas junto a trezentos homossexuais escolhidos segundo as cotas de idade, de profissão e de local de residência que correspondem às características da população masculina francesa.

Além disso, realizamos uma centena de entrevistas aprofundadas com doentes, indivíduos soropositivos que apresentavam ou não sinais clínicos, bem como com seus amantes, amigos, pais e médicos. Realizadas quer no hospital, quer na casa dos entrevistadores ou dos entrevistados, essas entrevistas colocam obrigatoriamente estes últimos em situação de autojustificação. Falar da própria vida, da própria sexualidade, dos próprios sentimentos e da própria doença parece-se muito com uma confissão reservada comumente à intimidade estrita. Nossa situação de entrevistas assemelhava-se, portanto, a uma forma de "confissão obrigatória sob pressão externa".[8] Contudo, aparentemente convencidas de que a vitória contra a epidemia e suas eventuais conseqüências sociais passa pelo discurso científico, quase todas as pessoas acometidas de uma infecção pelo HIV concordaram em dar-nos uma descrição precisa de sua vida sexual, transferindo para o sociólogo a confiança depositada no médico no decorrer de "interrogatórios epidemiológicos", que se assemelham ao ritual religioso da confissão de outrora.

Centradas a princípio na AIDS, essas entrevistas aprofundadas logo se transformaram, por iniciativa dos próprios entrevistados, em relatos autobiográficos, como se eventuais mudanças de conduta devessem obrigatoriamente ser acompanhadas de uma reavaliação da existência passada, e mais particularmente do lugar ocupado pela sexualidade.

Essa tendência auto-reflexiva provocada pelo fato de falar da AIDS é o primeiro sinal de uma crise de identidade. Em quase todas as entrevistas, o indivíduo questiona o equilíbrio e a continuidade de sua vida, e seu relato é modulado pelo grau em que está atingido física e emocionalmente. Esses exames de consciência colocam em perspectiva, além das diferentes maneiras de conceber um destino homossexual em período de crise, a força das relações que os homossexuais estabelecem entre suas experiências sexuais e a proximidade da doença. Se os homossexuais que eram soronegativos e só conheciam poucos amigos doentes muitas vezes orientavam a entrevista para o tema geral da homossexualidade, com a AIDS ocupando apenas um lugar marginal e só acarretando pequenas mudanças em sua vida cotidiana, o mesmo não se dava com os homossexuais soropositivos e doentes, para os quais se

tratava de sobrevivência e nada mais. Daí a importância atribuída mais ao presente e ao futuro do que ao passado.

Em geral, encontram-se nessas entrevistas os principais traços da literatura autobiográfica: seu caráter confidencial, as referências ao paraíso perdido, aos dias felizes do passado e aos momentos de conversão.[9] Mas, ao contrário do "pacto autobiográfico" literário propriamente dito, definido por Philippe Lejeune,[10] os indivíduos em questão aqui devem sua condição de testemunha à irrupção de um vírus do qual são ou correm o risco de ser as primeiras vítimas. Essa circunstância histórica limita as propensões ao exagero, comuns nas reconstruções biográficas usuais, inclusive em certa literatura que exalta a experiência "salutar" da doença.[11]

A AIDS é vivida verdadeiramente como um drama, como uma "sacanagem". O fato de até agora ter atingido principalmente os homossexuais e os toxicômanos provoca um sentimento de injustiça. Se, como mostrou Luc Boltanski, denunciar uma injustiça passa pelo emprego de uma retórica que se propõe convencer e mobilizar outras pessoas, a fim de associá-las ao protesto para que a violência da revelação seja proporcional àquela de que se é vítima,[12] no caso da AIDS essas vias de denúncia parecem fechadas: o duplo estigma da homossexualidade e do vírus condena, na verdade, a maioria ao silêncio e a uma gestão solitária de sua identidade e de seus riscos.

É possível fazer desses testemunhos uma leitura pessimista ou otimista, conforme sejam considerados indicadores de grande privação social ou, ao contrário, exemplo de serenidade fundada numa grande lucidez e capacidade de distanciamento adquiridas através das dores infligidas por um sentimento de exclusão. Entre essas duas percepções existe uma série de atitudes ambíguas, que a interpretação deverá levar em conta.

Um risco social e político

A concentração da doença em grupos isolados e as incertezas que provoca tinham que dar lugar, necessariamente, a manipulações ideo-

lógicas. Antes de mais nada sob a forma de referência às grandes epidemias históricas, como a sífilis: *"É preciso remontar à Renascença para encontrar, com o surgimento da sífilis, por volta de 1480, um acontecimento análogo ao da AIDS. Também nesse caso se tratava do surgimento, na Europa, numa época de extrema licenciosidade, de uma doença infinitamente mais grave do que é hoje e que causou, até a metade do século XVI, dezenas de milhares de mortes. Mesmo que a maioria visse nessa catástrofe um castigo do céu, os médicos da época haviam compreendido que ela era transmitida — como a AIDS — pelo esperma e pelo sangue, a tal ponto que inúmeras cidades expulsaram as prostitutas e a Igreja denunciou solenemente a sodomia. (...) Foi preciso esperar quase cinco séculos para que seu vírus (o* Treponema pallidum*) fosse descoberto, em 1905, e mais meio século para que os recursos terapêuticos modernos permitissem combatê-lo."*[13]

O outro exemplo citado freqüentemente a propósito da AIDS é, naturalmente, a peste. Tais paralelos históricos só podem causar inquietação. Essa inquietação essencialmente política, expressa pelos meios de comunicação de massa, tem por objeto o amálgama cultural "sexo-doença-punição", que ressurge periodicamente na História. Em seu artigo "Le châtiment des dieux", Jacques Ruffié analisa da seguinte maneira a caça aos culpados por ocasião de doenças epidêmicas: *"O doente-pecador atrai o raio celeste sobre todo um grupo. (...) A AIDS atinge homossexuais e drogados porque estes pecaram contra a moral, a religião, a ordem estabelecida. A sodomia constitui um desafio permanente à natureza. É uma ofensa grave à sociedade. Os sodomitas, como os drogados, são culpados: é normal que sejam punidos."* Após haver verificado o absurdo desse amálgama tanto no plano epidemiológico como no moral, o autor conclui: *"Michel Foucault, que teve talvez uma premonição de seu fim trágico, demonstrou magistralmente como as classes dominantes do século XIX se haviam apoderado da sexualidade em proveito próprio, para impor sua ordem moral, isto é, seu domínio econômico. Daí essa caça aos 'desviantes', ou aos considerados como tais, que poderiam questionar as regras estabelecidas. No limiar do terceiro milênio, já seria tempo de*

acabar com os velhos demônios do passado. Talvez a AIDS nos dê a oportunidade para isso." [14]

Pelo menos até 1985, o debate promovido pelos meios de comunicação de massa parece inspirado sobretudo pelo receio de provocar pânico, pelo medo do medo. Receia-se que alguns se sirvam da doença para tentar instaurar medidas profiláticas coercitivas. Essa campanha de "desdramatização" desenrola-se na verdade diante de uma população um tanto indiferente, que, segundo as sondagens da época, não se sente afetada pela questão. As propostas concretas que visam à gestão repressiva desse problema de saúde pública só surgirão a partir de 1986, quando os "grupos de risco" deixam de ser privilegiados na disseminação do mal. Ao contrário das previsões formuladas no momento do aparecimento do vírus, tudo indica que é a dissociação, e não a associação, entre doença e grupos marginalizados no debate promovido pelos meios de comunicação de massa que abre o caminho para a exploração política do problema. Aqueles que se entregam a ela podem então pretender argumentar, não em nome da moral, mas da saúde pública.

A despeito de seu caráter político, as discussões sobre o controle da doença são dominadas pelo corpo médico, que, seguro de sua competência, continua sendo o ponto de passagem obrigatório num debate que se beneficia, desde 1987, da prioridade concedida às grandes causas nacionais. A segunda parte desta obra retraça as grandes linhas desse debate e descreve as forças sociais e políticas que se mobilizam para fazer valer suas propostas de prevenção, de gestão hospitalar e de regras de proteção ou, ao contrário, de exclusão dos soropositivos e dos doentes na vida cotidiana. No futuro, a gestão desse problema de saúde pública já não dependerá apenas do parecer dos especialistas, mas se submeterá cada vez mais a relações de força mais amplas.

Em virtude da interferência entre a AIDS e as convicções éticas, políticas e ideológicas, em virtude também de seu papel de revelador de fenômenos marginalizados e considerados tabus, a AIDS mobiliza sentimentos e preconceitos arraigados. Mas a provação que constitui para nossa sociedade a AIDS assimilada aos riscos maiores impõe a prudência. Aquele que, individual ou coletivamente, infringe essa

prudência, mesmo que apenas no nível retórico, se vê facilmente taxado de desumanidade e se isola. Temos um exemplo disso com a Frente Nacional isolada sobre o tabuleiro político, com sua rotulação dos doentes como "aidéticos". Mas essa constatação se aplica igualmente à "desdramatização" produtora de ceticismo.

Daí certa indecisão e ambivalência verificadas nas sondagens de opinião pública: indecisão entre, de um lado, o respeito escrupuloso pelo consentimento esclarecido exigido para toda medida de detecção e, de outro, a aceitação de medidas coercitivas em relação a grupos específicos. Tais atitudes aparentemente contraditórias mostram, se necessário, o quanto as reações a AIDS são submetidas a uma elevada coerção de justificação, própria de uma situação excepcional. E se falamos freqüentemente de um necessário ajustamento das mensagens aos públicos-alvo, convém por outro lado distinguir entre as duas definições do ajustado, orientadas, uma para a justeza (técnica), a outra para a justiça (política e cívica).[15] Nesse contexto, a indecisão reflete a busca de uma difícil conciliação entre as dimensões técnicas e políticas do ajustamento que seja justificável e aceitável aos olhos da maioria. E, se certo número de indicadores advoga em favor da hipótese segundo a qual as reações a AIDS são de certa maneira programadas pelos hábitos e pelas disposições preexistentes, mais tolerantes ou repressivas, o grau de indecisão diante de um problema de tamanha extensão advoga em favor de uma interpretação que enfatize a situação excepcional marcada por uma dupla exigência de coerência com os discursos de especialistas e com os princípios cívicos de justiça e de igualdade, situação que impediria a expressão de reações espontâneas.

[1] W. McNeill, *Le temps de la peste*, Paris, Hachette, 1978; ver também F. P. Wilson, *La peste à Londres du temps de Shakespeare*, Paris, Payot, 1987.

[2] A história dos "grupos de risco" expostos a AIDS, definidos primeiramente em termos de estilo de vida antes de o serem em termos de contaminação virótica, seria objeto sociológico propício a uma análise construtivista. Inspirando-se nos trabalhos que têm como objeto as nomenclaturas socioprofissionais, poder-se-ia descobrir todas as reflexões extramédicas que entram na construção das nomenclaturas médicas. Cf. Desrosières e L. Thévenot, "Les mots et les chiffres: les nomenclatures socioprofessionnelles", *Economie et Statistique*, 110, abril de 1979, p. 49-65; D. Merlliè, "Une nomenclature et sa mise en oeuvre", *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 50, novembro de 1983, p. 3-47.

[3] Esse problema foi objeto de inúmeros trabalhos de medicina do trabalho. Ver: R. Lenoir, "La notion d'accident du travail", *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 32-33, abril-junho de 1980, p. 77-88; I. Baszanger, "Les maladies chroniques et leur ordre négocié", *Revue Française de Sociologie*, 27 (1), 1986, p. 3-27; N. Dodier, "Corps fragiles. La construction sociale des événements corporels dans les activités quotidiennes du travail", *Revue Française de Sociologie*, 27 (4), 1986, p. 603-28.

[4] Ver o Capítulo 4 desta obra.

[5] Investigações conduzidas através de uma revista homossexual, *Gai Pied Hebdo*, no verão de 1985 (999 respostas) e no verão de 1986 (2.650 respostas). Descrição das amostras e apresentação detalhada dos resultados podem ser encontradas em: M. Pollak e M. A. Schiltz, *Les homosexuels face au sida*, tomo 2, *Annexes techniques et statistiques*, EHESS, Paris, 1987, mimeografado.

[6] H. S. Becker, *Outsiders. Sociologie de la déviance*, Paris, A. M. Métailié, 1985; p. 47.

[7] P. Bourdieu, "L'illusion biographique", *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 62-63, abril-junho de 1986, p. 71-2.

[8] A. Hahn, "Contribution à la sociologie de la confession et autres formes institutionnalisées d'aveu", *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 62-63, abril-junho de 1986, p. 56 e 68.

[9] S. Egan, *Patterns of experience in autobiography*, Chapel Hill, University of North Carolina Press, 1984.

[10] Ph. Lejeune, *Le pacte autobiographique*, Paris, Le Seuil, 1985; uma análise das situações de relatos autobiográficos pode ser encontrada em: M. Pollak com N. Heinich, "Le témoignage", *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 62-63, abril-junho de 1986, p. 3-25.

[11] F. Laplantine desenvolve esses modelos e suas ligações com os modelos etiológicos de uma doença em *Anthropologie de la maladie*, Paris, Payot, 1986, p. 361-6.

[12] L. Boltanski com Y. Darré e M. A. Schiltz, "La dénonciation", *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 51, março de 1984, p. 3.

[13] Dr. Escoffier-Lambiotte, "Dépistage systématique pour les donneurs de sang", *Le Monde*, 22 de fevereiro de 1985.

[14] J. Ruffié, "Le châtiment des dieux", *Le Monde*, 23 de outubro de 1985.

[15] L. Boltanski e L. Thévenot, *Les économies de la grandeur*, Paris, PUF, 1987, p. 19.

PRIMEIRA PARTE

IDENTIDADE SOCIAL E GESTÃO DE UM RISCO DE SAÚDE

"Os casos (...) de neuroses de angústia fora do casamento são encontrados sobretudo nos homens que, ligados sentimentalmente, praticam, por precaução, o coito interrompido. (...) Acontece que as neuroses são perfeitamente evitáveis, mas totalmente incuráveis. A tarefa do médico é inteiramente de ordem profilática.

A primeira parte dessa tarefa, aquela que consiste em prevenir os distúrbios sexuais do primeiro período, se confunde com a profilaxia da sífilis e da blenorragia, perigos que ameaçam todos aqueles que renunciam à masturbação. (...) Vemo-nos assim diante da seguinte alternativa: masturbação com neurastenia (...) ou então sífilis (...).

O traumatismo sexual do segundo período nos apresenta o mesmo problema, o da descoberta de um método anticoncepcional inofensivo, já que o uso da camisa-de-vênus não traz nenhuma segurança real e não seria tolerado por nenhum neurastênico (...).

Na falta de qualquer solução possível, a sociedade parece condenada a se tornar vítima de neuroses incuráveis que reduzem ao mínimo a alegria de viver, destroem as relações conjugais (...).

Esse problema tem tamanha importância que o médico se vê obrigado a dedicar todos os seus esforços para resolvê-lo."

Carta de Sigmund Freud a Wilhelm Fliess,
8 de fevereiro de 1893,
in S. Freud, *La naissance de la psychanalyse*,
Paris, PUF, 1956, p. 65-6.

1

A GESTÃO DE UMA IDENTIDADE INDIZÍVEL

Se a epidemiologia fala dos homossexuais em termos de "grupo", estes últimos não se reconhecem nessa classificação científica, rígida, friamente estratificada. Os conceitos sociológicos de "desvio" ou de "estigma"[1] ferem igualmente a suscetibilidade de muitos deles. Essa recusa de classificação questiona a redução de sentimentos socialmente reprovados, muitas vezes difusos e vagos, a conceitos gerais. Na verdade, quer emane de uma abordagem estatística, funcionalista ou interacionista, o conceito de desvio pressupõe a transgressão de normas. Ora, os valores sexuais são hoje oscilantes demais para definir por consenso o espaço de transgressão das práticas homossexuais. Nessa imprecisão de referências e de modelos, a homossexualidade — que não é mais necessariamente condenada, embora não seja aceita — já não é considerada automaticamente uma violação de normas que exige sanção. Falar de uma tendência homossexual afirmada, assumida e/ou aceita seria, portanto, mais pertinente.

Se a liberalização dos costumes abriu um "mercado sexual" livre das coerções "não sexuais" às sexualidades marginalizadas e, em primeiro lugar, à homossexualidade masculina,[2] a proibição constante da homossexualidade reforçou e acelerou a separação da sexualidade e da afetividade. Daí a busca de relações anônimas e múltiplas, já que a homossexualidade, como toda prática clandestina, obriga a uma organização que minimize os riscos e, ao mesmo tempo, otimize a eficácia. O homossexual é, portanto, condenado a uma gestão complexa de sua vida, muitas vezes dupla, às vezes desmultiplicada.

Isso é confirmado, nos questionários, quando passamos das respostas relativas às práticas sexuais às concernentes à aceitação social da

homossexualidade. Se a homossexualidade de mais de um terço daqueles que responderam a nossas pesquisas é ignorada por seus parentes mais próximos, os 25% de "não-respostas" são aqui o número mais expressivo: eles indicam a ambigüidade de situações que o próprio homossexual não consegue decifrar, não sabendo simplesmente *"em que pé está"* em suas relações com os outros. Somente as relações com a mãe são, em geral, mais claras e confiantes. As entrevistas mais abertas confirmam: a homossexualidade continua sendo, em termos exatos, "indizível". Mesmo nas famílias que aceitam a homossexualidade do filho ou do irmão, um contrato tácito relega esse tema de conversa ao plano do não-dito.

Na maioria das vezes, não foi o homossexual que informou deliberadamente sua condição às pessoas com que convive, mas estas que perceberam "por acaso". Para não provocar uma explicação, o homossexual fica condenado a gerir um silêncio que experimenta como uma exclusão que na verdade nunca foi formulada. Por não querer — ou não poder — remediar a situação, o "excluído" (que é o único a saber que o é), aprendendo a acomodar-se a ela, trabalha para construir uma vida social em que se sinta equilibrado e seja percebido como tal.

Dois estados extremos — a homossexualidade desconhecida ou, ao contrário, aceita — remetem o homossexual a situações relativamente claras, fontes de equilíbrio estável e durável. Em compensação, uma homossexualidade conhecida mas recusada provoca situações difíceis, que acarretam freqüentemente a ruptura com o meio familial. Chegar a transformar uma homossexualidade conhecida numa homossexualidade aceita é tarefa difícil, que mobiliza toda a energia do indivíduo.

Reações negativas transformarão a tendência homossexual — esse traço distintivo "desacreditável", segundo Goffman — em descrédito permanente, em "sinal patente ou porta-identidade estigmatizante",[3] em desvantagem. No caso contrário, a homossexualidade se tornará um porta-identidade banal, que não desperta nenhuma reação afetiva especial, nem sob a forma de sanção e de exclusão, nem sob a forma de piedade protetora e de compaixão.

Em geral, só pensamos nas obrigações de ordem pública *"quando não as cumprimos ou quando nos sentimos tentados a não cumpri-las"*.[4]

Porque ela não corresponde à ordem das coisas, muitas vezes sua orientação sexual faz o homossexual duvidar de si mesmo e dessa ordem, o que o leva a interiorizar uma obrigação de justificação de sua "diferença". Essa recusa explícita, às vezes agressiva — *"não precisamos dizer que somos homossexuais, os heterossexuais também não se declaram publicamente como tais"* —, confirma a força dessa obrigação de confissão. O simples fato de qualificar algumas de suas relações familiais ou sociais em função do silêncio guardado sobre sua sexualidade é a prova disso: a contradição entre a obrigação sentida de confessar sua homossexualidade e a incapacidade de fazê-lo resulta em formas complicadas de gestão de uma identidade indizível que a liberalização dos costumes dos últimos 20 anos teve a tendência de deslocar, e não suprimir definitivamente. Essa liberalização, promovida igualmente pelo movimento de emancipação homossexual,[5] permitiu a um número crescente assumir mais facilmente suas práticas homossexuais, afirmar-se e encontrar uma identidade reivindicada publicamente. Mas essas mudanças de trajetórias individuais e coletivas se organizaram em torno de determinado número de condições e/ou de coerções que são os meios de que dispõe um homossexual para assumir-se e fazer-se aceitar, em suma, para inserir-se em "nichos sociais"[6] favoráveis à realização de seus desejos. Nossos dados se organizaram então em torno de pólos que refletem experiências e trajetórias comuns.

A pesquisa revela a existência de subgrupos marcados por origens, vínculos de classe e de locais de residência semelhantes. Os jovens de menos de 25 anos constituem, porém, um grupo à parte; em busca de si próprios antes dos 20 anos, eles se confessam "bissexuais" com mais freqüência do que os mais velhos do que eles, por um período que é tão longo quanto suas relações sexuais são raras e pouco diversificadas. Entre 20 e 25 anos, mesmo quando a preferência sexual se concretiza, continuam a viver a própria homossexualidade às escondidas, fora do círculo dos amigos de sua idade. Os estudantes universitários que moram com os pais vivem a própria homossexualidade de modo ainda mais escondido do que os de sua idade que são independentes financeiramente.

Os homossexuais que vivem no campo ou em cidadezinhas com menos de vinte mil habitantes sofrem com a distância geográfica e social que os separa de eventuais parceiros. Daí a fraca freqüência e a falta de diversidade de suas práticas sexuais, e a dificuldade que têm em romper o isolamento social em que vivem. Pois, independentemente da profissão que exercem e da idade que possuem, devem conformar-se às regras dominantes, sobretudo se moram com a família, que ignora ou finge ignorar a natureza de seus desejos.

A cidade grande — com a diversidade de seus modos de vida, seus lazeres, suas facilidades de contatos, as possibilidades que oferece de levar uma vida relativamente anônima e de poder compartimentar sem dificuldade as diferentes esferas de sua vida social — é o lugar ótimo para o desenvolvimento de uma tendência homossexual. Encontramos confirmação disso comparando as populações rurais isoladas e as classes populares urbanas (operários, funcionários públicos, empregados dos Correios ou da Rede Ferroviária), que podem viver a própria homossexualidade sem se preocuparem com os que os cercam.

Os homossexuais das classes médias urbanas, com idade entre 25 e 50 anos e economicamente independentes, levam a própria vida às claras. No centro desse grupo, os homossexuais do "gueto" afirmam e reivindicam abertamente sua homossexualidade. Alguns, em ruptura com o meio de origem, vivem em situação de rejeição social, outros em compensação conseguiram recriar relações em que são aceitos. Caracterizados pelo número elevado de parceiros e pela diversidade de suas práticas sexuais, fizeram do desabrochamento sexual um ideal de vida, ao mesmo tempo produto e motor de um movimento de emancipação que reclama seus direitos e organiza-se para alcançá-los; daí o termo "gueto", que se refere simultaneamente a um estilo e a um circuito de encontros e ajuda mútua, tendo por objetivo a redefinição da imagem social dos homossexuais e a criação de condições que permitam a um número maior reivindicar e viver abertamente a própria homossexualidade.

As parcelas intelectuais das classes dominantes se distinguem desse grupo central, com o qual convivem, mas do qual se mantêm afastados, por se preocuparem com a própria respeitabilidade e a própria

"carreira". Por serem mais bem aceitos pela família e pelos colegas de trabalho, eles se apóiam menos do que outros na comunidade homossexual para construir o próprio equilíbrio afetivo.

Diferenciação social e construção de si

A conquista das liberdades homossexuais foi obtida pelo reforço de uma sociabilidade específica, implicando uma segregação cujas manifestações mais visíveis são designadas pelo termo "gueto". Sinônimo de emancipação de uma diferença, a liberação homossexual se traduz pela delimitação de um espaço privado que proteja contra o olhar heterossexual. Daí o traçado reiterado de fronteiras específicas entre "vida privada" e "vida pública".

Muitos homossexuais separam sua "vida verdadeira", sua "vida privada", das relações familiais, que eles situam numa zona neutra, ou do plano da vida pública assimilada ao mundo do trabalho e as suas coerções. Essa distância da vida social comum corresponde a uma necessidade, antes de tornar-se uma escolha deliberada. Por se sentir posto à parte, o homossexual escolhe manter-se à parte. Estranho num mundo familiar (ou familial), faz desse sentimento de estranheza o ponto de partida de uma construção consciente de si mesmo em torno dos desejos que originaram sua diferença.

Os seguintes trechos de entrevista põem em relevo esse sentimento de exclusão: *"Tenho duas vidas, uma relacionada com meus pais, minha família e meu trabalho, e tenho uma vida particular, que é a minha, quando estou em meu meio homossexual, é uma outra vida, é a minha verdadeira vida."* (Bancário, 25 anos.) *"Fiz uma separação muito grande entre, de um lado, ..., enfim, existem* grosso modo *duas categorias de pessoas: aquelas com quem convivo no plano geral, gênero família, amigos heterossexuais, colegas de trabalho, e aquelas com quem convivo no plano homossexual."* (Militar de carreira, 44 anos.) *"Então a homossexualidade é um assunto que nunca é abordado. No entanto, eles já devem saber agora, depois de todo esse tempo. Acho*

que eles sabem exatamente com o que estão lidando. De qualquer modo, se as coisas ficam no plano do não-dito, também está bem. A partir do momento em que dizemos as coisas, somos obrigados a nos definir em relação a essas coisas." (Técnico, 28 anos.)

A composição do círculo de amigos reflete essa construção de si. Ao contrário dos vínculos familiais, a escolha das amizades exprime a vontade e a capacidade individuais de organizar a própria vida social segundo a espontaneidade de seus desejos, e não segundo os imperativos dos deveres e das obrigações. Na falta de vínculos familiais consistentes, o círculo de amigos torna-se o único lugar onde o homossexual *"que tomou uma resolução"* pode exprimir suas emoções e seus sentimentos. As amizades homossexuais permitem romper o sentimento de isolamento social, comum a todos aqueles que ainda estão à procura de si mesmos, e portanto à procura de seres semelhantes capazes de compreender-se e consolar-se mutuamente. Essas amizades geram um sentimento de vinculação a um "nós", a uma comunidade, organizada ou não.

Os homossexuais que se assumem pouco e que são mal aceitos por seu meio escolhem de preferência amigos heterossexuais, com receio de que sua homossexualidade seja descoberta; assim, constroem a própria vida reforçando, em vez de atenuar, as coerções de origem que nunca souberam superar. Essa negação de seus semelhantes, que revela um mal-estar interiorizado, pode levar a *"uma ruptura entre si e o que se exige de si"*, fonte de insatisfações permanentes, inclusive nos momentos em que *"só o indivíduo e seu espelho estão em jogo"*. Trata-se da tradução psicológica de uma situação de opressão social constitutiva do ódio e do desprezo por si mesmo.[7] Em compensação, aqueles que se sentem aceitos em toda parte têm tanto amigos homossexuais quanto heterossexuais.

Eis como se abre o abismo entre os mundos heterossexual e homossexual. Longe de igualar os gostos e os hábitos próprios desses dois mundos, a liberalização dos costumes oficializa a existência de um universo homossexual que se poderia chamar, na falta de denominação melhor, de um grupo de destino. Formado por afinidades e uma memória comum da discriminação, esse mundo homossexual se instala numa

segregação livremente escolhida, semelhante à dos grupos morais que, segundo os teóricos da Escola de Chicago, abundam nas grandes cidades, onde substituem os laços sociais tradicionais.[8]

Distribuídas de maneira desigual, as chances de sucesso de tal construção de si passaram por rápidas transformações no tempo, modificando as referências individuais para pensar o próprio destino. Daí fenômenos sucessivos de valorização e de desvalorização de experiências individuais e coletivas, refletidos no vocabulário empregado.

O conceito de geração designa uma mesma classe de idade formada nos mesmos acontecimentos, dividindo uma concepção semelhante do mundo e criando-se a partir de atitudes mais ou menos idênticas pelas quais ela se distingue de gerações mais velhas e daquelas que vêm depois dela.[9] As diferentes maneiras de falar da homossexualidade ilustram a passagem de uma geração à outra.

Assim, a velha geração, aquela que teve de viver clandestinamente, utiliza, até mesmo entre amigos, perífrases como "ele é", "ele é assim". A geração intermediária insiste muitas vezes numa atitude militante. Quanto à mais jovem, que vive uma homossexualidade banalizada, já não precisa afirmar-se. Juntam-se a essas variações de idade as variantes socioculturais.

À passagem de uma homossexualidade clandestina para uma homossexualidade aberta correspondem formas de sociabilidade que diferem na importância que atribuem à sexualidade propriamente dita. Disso resultam concepções variáveis da "normalidade homossexual", como indicam os seguintes depoimentos:

"A gente se desrecalcava, ora, só isso. Bancávamos os loucos, dançávamos, éramos clandestinos que se liberavam. Mas eu nunca fiquei à vontade. Sempre arrastei toda a minha infância, toda a minha educação comigo, e nunca consegui escapar delas. A sexualidade ainda ficava separada. Eram sempre os encontros, os mictórios que freqüentava apesar de tudo. Eu precisava desse pólo de atração. De repente, você via aquele espetáculo, e então uma mão te masturbava, você deixava que isso acontecesse, depois ia embora sem ter dirigido a palavra a quem quer que fosse." (Pintor, 60 anos.)

A esse testemunho do sofrimento sexual do passado se opõe a consciência do privilégio de classe: *"Tenho uma vida totalmente normal. Encontro pessoas, convivo com muita gente que está a par, gente do meio do espetáculo, um meio bastante liberado. Mas, ao mesmo tempo, é preciso participar do jogo sem provocação. Detesto a militância. Desfilar é, para mim, coisa de gente oprimida."*

Essa rejeição da militância distingue esse jurista de 50 anos dos homossexuais mais jovens, marcados pelo encantamento com a liberação: *"Vivi a liberação como uma grande festa, e não gostaria de negar nada desse passado que vivi, nem as orgias, nem as idas de boate em boate. Essa relação direta entre as pessoas, a ausência de hierarquia e de exclusão, o jogo e o humor na provocação."* (Animador cultural, 35 anos.)

Diante do direito à diferença reivindicado pacificamente pelos maisjovens, o encantamento do militante pode transformar-se em amargura: *"Detesto os homossexuais. É um meio de babaquinhas reacionários, com exceção, é claro, de uma minoria. Isso que eu digo pode parecer cruel, mas apesar de tudo eu tenho muito respeito por aqueles que militaram nos anos que se seguiram a 1968 e que tentaram impor a liberdade. É a nossa geração."* (Professor universitário, 39 anos.)

Os termos escolhidos para se autodenominar resumem essas distinções. Assim, o termo *homophile* ["homófilo"], eufemização estetizante, só é utilizado por pequeno número de homossexuais, que passaram dos 50 anos. Aos 40 anos, prefere-se o termo *pédé* ["bicha"]; aos 30 e 20, o de *gay*.

Essas variações de vocabulário refletem o desejo de opor-se às conotações pejorativas da linguagem médica sobre a perversão e da linguagem comum que denuncia o homem efeminado.[10] O termo *homophile* remete, por exemplo, a uma atração pelas pessoas do mesmo sexo, sem envolver necessariamente relações sexuais. Valorizando a sublimação, ele se distingue da nomenclatura psiquiátrica dos distúrbios psíquicos utilizada até os anos 60 e ainda em vigor na Organização Mundial da Saúde (OMS).

Referindo-se à antiguidade grega, muito valorizada cultu-

ralmente, esse termo próprio das classes superiores situa a homossexualidade mais nas esferas intelectuais do que nas políticas ou econômicas; portanto, do lado do pólo dominado (feminino), em oposição ao pólo dominante (masculino) dessas classes.[11] As qualidades intrínsecas ao homófilo — sensibilidade, gosto, distinção, classe — sugerem que as estratégias de emancipação homossexuais aplicadas sob sua bandeira, do século XIX até os anos 40, oferecem mais vias de "subversão discreta" do que de confronto, e visam a mudanças internas nas classes superiores, facilitadas pelo aumento e pelo reforço das parcelas dominadas, intelectuais e artísticas. Em última análise, essas referências semânticas orientam vocações e carreiras.

O termo *pédé* remete, por sua vez, às classes populares e a um período mais recente, posterior à Segunda Guerra Mundial. A autodefinição *pédé* continua freqüente nas camadas populares, mesmo entre os que têm menos de 40 anos. Oriundo da gíria dos delinqüentes, retomado na dos colegiais dos anos 30, o termo designa originalmente aquele que é cantado por intermédio de rapazinhos. Os militantes o empregaram durante algum tempo para lhe tirar a acepção infamante e livrá-lo dos estereótipos heterossexuais do "fresco" e do "veado", que estigmatizam um maneirismo e um exibicionismo gestual e indumentário.

A reivindicação desse termo retoma, paralelamente, algumas de suas características populares infamantes. Como observa Pierre Bourdieu, a exclamação "são todos bichas" pode, na boca de um operário, incluir na mesma classe todas as profissões não-manuais, evocando assim *"menos a dimensão propriamente sexual da prática do que as virtudes e as capacidades estatutariamente associadas aos dois sexos, isto é, a força ou a fraqueza, a coragem ou a covardia"*.[12]

Tudo se passa como se os jovens homossexuais oriundos das classes populares tomassem esse significado ao pé da letra, ao orientarem sua estratégia profissional para profissões assim designadas que lhes são acessíveis (cabeleireiro, garçom de café ou de restaurante, cozinheiro ou pequeno empregado), conseguindo ao mesmo tempo sua ascensão social e seu destino de *pédé* em sua libertação das profissões manuais mais masculinas.

O fenômeno homossexual reflete a imbricação do biológico e do social, estando essas duas dimensões ligadas por uma dialética muito complexa, podendo o biológico estar na origem do social e vice-versa. O exemplo deste filho de agricultor que se tornou proprietário de um pequeno restaurante no interior ilustra bem isso. Apoquentado durante a infância em virtude de seus "modos de menina", seu "gosto pelos livros e pela escola", sua "falta de entusiasmo pelos esportes", era alvo das zombarias dos colegas, que o tratavam de *pédé*. Com as economias feitas exercendo longe do vilarejo a profissão de garçom de café, comprou um pequeno restaurante numa cidade vizinha, freqüentado — *"porque eles se sentem à vontade no meu estabelecimento"* — por muitos homossexuais da região, desprovida de bares ou de lugares de encontro especializados. Vivendo conjugalmente com um amigo, ele vê uma vez por semana os pais, muito orgulhosos dele e de seu êxito. Embora indicando "práticas exclusivamente homossexuais", ele se definiu como "heterossexual" ao preencher um questionário fechado. Essa resposta paradoxal encontra uma explicação e uma coerência em seu relato, onde ele mostra que foi levado à homossexualidade (e, indiretamente, à profissão de garçom de café) tanto pelas implicâncias de seu meio de origem quanto por uma espécie de determinação biológica. Seu restaurante e seus clientes o ligam ao meio homossexual local, do qual ele se distingue, porém, por uma vida bem-comportada de casal semelhante à dos heterossexuais. Quanto aos pais, reconhecendo seu sucesso e sua ascensão social, felicitam nele o "verdadeiro homem" (portanto heterossexual) que ele mesmo se considera, embora tenha exclusivamente práticas homossexuais.

Ao contrário da lógica de inversão de um estigma que exige o uso do termo *pédé*, o termo *gay*, o mais novo dos qualificativos homossexuais, possui uma origem diferente. Tomado do inglês americano, no qual se opõe a *straight* (o que não tem desvio, direto, seguindo uma normalidade linear), designava de modo antecipado, fora de toda orientação sexual, um estado de espírito hedonista aberto ao prazer e à multiplicidade dos laços afetivos e sexuais. Prefigurava de modo utópico um mundo em que a classificação segundo a orientação sexual perderia sua

importância. Na realidade, foi aplicado ao mundo homossexual das classes médias urbanas. Assim como designa hoje o mundo homossexual, sem outra especificidade, o termo *straight* tornou-se em inglês americano sinônimo de heterossexual.[13] A alternância do "i" e do "y" na ortografia de *"gay (i)"* explica essa mudança de sentido; o "y" remete ao novo gueto à moda americana, ao passo que o "i" à francesa, embora apague a origem estrangeira da palavra, aproxima-a de seu sentido inicial de disposição para o prazer.

A autodefinição *gay* é mais freqüente nos meios jovens (menos de 35 anos), entre os estudantes universitários, nas profissões intermediárias e diplomadas (professores, pesquisadores, profissionais dos meios de comunicação de massa, profissões da área da saúde, técnicos). Juntam-se a estas as profissões dos comércios especificamente *gays* (bares, saunas, restaurantes, etc.). Os *gays* pertencem, portanto, à classe de idade que se beneficiou de uma educação sexual igualitária e tolerante e às categorias profissionais "médias" e "intermediárias", no meio do caminho entre os pólos dominante e dominado da estrutura social. Esse termo de autodesignação revela o vínculo indissociável entre uma transformação da estrutura social (aumento das classes médias e crescimento correspondente do número de diplomados), que conduz a uma maior igualdade entre os sexos na divisão do trabalho, a uma liberalização dos costumes em geral e dos costumes homossexuais em especial.

Toda tentativa de transformação social parte de uma dada definição da realidade que se vai tentar manipular. Antes de poder criticar a ordem das coisas, o trabalho semântico visa transformar a ordem simbólica. Quando convertem uma designação infamante em identidade reivindicada, os homossexuais orientam paradoxalmente sua emancipação para posições associadas às qualidades "femininas", e não viris. Nas classes superiores, esse movimento é descendente (para as parcelas intelectuais e artísticas dominadas: profissões da informação das artes e dos espetáculos segundo a nomenclatura INSEE) e, nas classes populares, ascendente (para as profissões não manuais). Esses processos invertidos indicam a ligação íntima que existe entre o capital cultural e as oportunidades de acesso a uma homossexualidade livre.

Nas classes "intermediárias", muito determinadas pelo capital escolar, onde a homossexualidade é a mais bem aceita e como que "conquistada de antemão" (pelo menos entre as gerações mais jovens), o recurso a estratégias profissionais específicas é menor do que nas classes superiores e populares. Surge então um espaço de intercâmbios sociais e sexuais que une aqueles, de origem popular, que exercem profissões de serviços (sobretudo no setor de lazer) às novas classes médias definidas pelo capital escolar.

A passagem da eufemização à reivindicação, no momento em que a opressão se abranda, leva a uma redefinição pelos homossexuais das classes médias de sua imagem para si mesmos e para os outros. Em reação à caricatura que faz do homossexual, na melhor das hipóteses, um homem efeminado e, na pior, uma mulher fracassada, forma-se nos anos 70 um novo ideal do homem "superviril", "macho", bigodudo, de cabelos curtos e corpo musculoso, chamado no jargão homossexual "clone", de acordo com a linguagem biológica que designa a programação de espécies idênticas. Essa denominação irônica remete ao processo de conquista de uma identidade repleta de alegria de viver: "masculinos, homossexuais e orgulhosos de sê-lo".

Essa reivindicação crescente do homossexual desvaloriza, conseqüentemente, as outras técnicas de gestão de uma identidade desacreditável. O que era chamado "defeito", "mal-estar", "compromisso", chama-se agora "comprometimento", não mais em referência à ética heterossexual dominante, mas em relação à própria ética *gay*.

O casamento por interesse, freqüente nas classes superiores, onde continua ligado à preservação e à transmissão do patrimônio, resiste com dificuldade cada vez maior à dupla pressão da emancipação feminina e homossexual. Os homossexuais casados que não informam sua condição à esposa pagam esse gesto com grande limitação de sua vida sexual. Incompreendidos pelo cônjuge, incompreendidos por seus semelhantes, que não aceitam esse "gesto de acuado", eles adotam rapidamente, após um divórcio inelutável, o código do gueto, seus hábitos indumentários e seus circuitos de paquera para recuperar, à maneira dos convertidos, o tempo perdido.

A coerção de "verdade sobre si mesmo", de explicação, até mesmo de justificação de suas preferências sexuais, é mais forte nas parcelas intelectuais (educadores, pesquisadores, profissionais da mídia). Depois de interiorizar esse imperativo categórico de "verdade", em relação a si mesmo e aos outros, o homossexual é levado, seja a viver abertamente a homossexualidade por ele reivindicada, seja a viver uma vida dupla, ainda mais controlada, porque ele mesmo se tornou seu próprio "o que é que vão dizer?".

As dificuldades inerentes à vida bissexual confirmam essa tendência à separação entre os mundos heterossexual e homossexual em período de liberalização. Embora a teoria psicanalítica faça da bissexualidade a conotação natural de toda sexualidade, a quase totalidade dos homossexuais declaram de modo categórico sempre terem sido "homossexuais", "sempre" terem sabido disso e muito antes de terem ousado viver sua homossexualidade. Depois dos 25 anos, idade a partir da qual se solidificam as preferências e os hábitos sexuais, a proporção daqueles que se definem como "bissexuais" diminui rapidamente. É difícil dizer se esse fenômeno remete à racionalização de uma coerção (no sentido psicanalítico), levando a uma escolha clara ou, ao contrário, à revelação e aceitação de uma verdade pessoal profundamente arraigada. Opondo sua experiência aos discursos eruditos, mais da metade dos homossexuais de nossa amostra de 1986 afirmam que são "ora heterossexuais, ora homossexuais", e mais de 20% acham que "é preciso fazer uma escolha clara", confirmando assim que a ambigüidade, em nossa sociedade, a longo prazo torna insustentável uma vida bissexual. Por outro lado, muitos consideram os bissexuais "impostores", que não ousam "confessar a verdade", que "fingem" e fazem "jogo duplo". Isso revela que a bissexualidade declarada "natural" tem muito poucas chances de ser bem vivida, pois esbarra com as regras sociais dominantes e com o consenso dos homossexuais, que também baseiam seu sentimento de autoconfiança na redução da indefinição social no jogo das preferências sexuais.

À primeira vista, os homossexuais das classes médias urbanas, alçados à posição de modelo, se distinguem por sua visão otimista da

condição homossexual, que encaram menos como fonte de discriminações e de marginalidade do que como um trunfo para uma vida mais livre. Para alguns, provenientes de meios parisienses abastados e tolerantes, esse otimismo tem aceitação social praticamente desde o nascimento. Para eles, a homossexualidade não constitui uma questão política e social. Embora integrando em sua vida cotidiana as conquistas da liberação ("o sexo tranqüilo e fácil"), eles não se identificam com um "grupo" ou uma "comunidade" específica. Tal sentimento de pertencer a um grupo é mais difundido entre aqueles que, provenientes de meios provincianos modestos, muitas vezes pagaram a emancipação com a ruptura com seu meio de origem. Seu otimismo foi adquirido a partir da experiência da exclusão e do desarraigamento. Daí a importância que atribuem à construção de toda a sua vida com outros homossexuais.

Procurado e recusado, o universo homossexual, símbolo da auto-afirmação e do isolamento num gueto, é um laboratório onde são experimentadas novas formas de vida sexual e afetiva. De certa maneira, resultando do duplo processo de desarraigamento e de criação de novas relações sociais, as formas de gestão da identidade homossexual lembram as construções tipológicas em torno do estrangeiro e do imigrante recém-chegados a uma metrópole feitas por Georg Simmel e pela escola de Chicago. Impelidos para os grandes centros urbanos no final do século passado e no início deste século, com uma lucidez social formada pelos sucessivos deslocamentos, esses produtos do desarraigamento são descritos como abertos aos contatos múltiplos mas superficiais; cultivando uma atitude distanciada, passando facilmente de um meio a outro, vivendo de várias maneiras ao mesmo tempo, atribuem importância especial à singularização e à individualidade.[14] No caso dos homossexuais, esses traços característicos se exprimem na conduta sexual e no estilo de auto-apresentação, que variam segundo a vontade maior ou menor de exprimir as diferenças.

Muito sensíveis em Paris, essas diferenças de estilo ligadas às diferenciações sociais se revelam nos locais de encontros. Poder-se-ia, assim, estabelecer uma topografia dos cafés e dos bares, desde os bares

"clones" de nomes americanos criados no Marais a partir de 1977 (o ex-"Village", o "Sling", o "Central", ou então o "Manhattan" no Quartier Latin e o "Sélénite" perto do Palais-Royal), até os bares populares nos arredores das estações ferroviárias, que indicam certa camaradagem e jovialidade (o ex-"Cactus", o "Papy's Bar", o "Moustache"), passando pelas discotecas para jovens de boa família freqüentadores do Halles, lembrando o gênero *high-tech*-pós-ecológico ("Haute Tension", "Broads"), ou os *dancings* antiquados para homossexuais de mais de 40 anos, que descansam do período "clone" em ambiente que lembra as noites dançantes dos anos 50, organizadas pela associação Arcadie em torno da dança do tapete, do *pasodoble*, do tango e às vezes das valsas vienenses (o "London Club", perto do Port-Royal).[15]

O gueto, porém, só representa uma minoria de homossexuais, e a transformação da condição homossexual não atingiu todo o mundo. Acabamos de ver que o reforço de certas tendências à auto-segregação, no seio de uma minoria recém-saída da sombra mas que aspira majoritariamente à banalização de sua condição, e não à impressão durável de sua diferença, não deixa de criar novas contradições. Assim, a última geração, que cresceu em clima social mais tolerante e pôde viver sua diferença sem sentir a necessidade de afirmá-la, recusa as provocações mais excessivas do "gueto". Não obstante, o tipo do "clone" e a terminologia *"gay"*, intimamente ligados ao mito do "gueto", simbolizam uma etapa necessária no processo mais geral, contraditória e multiforme, pela qual os grupos marginalizados tendem a dotar-se de uma identidade coletiva através da estilização de sua diferença, indispensável à constituição de um poder de negociação que visa à promoção da integração social com respeito pelas diferenças.[16]

O uso do termo "gueto" ao longo dos anos ilustra as etapas desse processo. Segundo a definição clássica, o "gueto" designa os bairros urbanos habitados por grupos segregados do resto da sociedade, que levam vida econômica e cultural relativamente autônoma.[17] Pode tratar-se de guetos pobres, entregues às minorias étnicas e marginalizadas, ou também de "guetos dourados", onde o *high society* exibe seu luxo com ostentação.

À margem do movimento em meados dos anos 70, os mais militantes invocavam de modo pejorativo o "gueto" para incitar os homossexuais a "sair de detrás das grades", a deixar a clandestinidade social. Essa expressão, que ainda não passara a fazer parte do jargão homossexual, designava então o auto-aprisionamento de uma minoria marginalizada, que era preciso romper. A multiplicação dos locais de encontros, a eclosão da imprensa homossexual e a concentração, nas grandes cidades e sobretudo em Paris, de comércios *"gays"* em bairros específicos mudaram profundamente as conotações desse termo, tomado de empréstimo do inglês americano e utilizado na França somente no final dos anos 70. Apesar da nuança irônica de que é cercado, esse novo "gueto", escolhido e não suportado passivamente, é encarado de forma positiva pela maioria dos homossexuais, para quem ele simboliza a afirmação de uma "diferença" desejada individualmente, e não uma segregação coletiva. De início sinônimo de coerção e isolamento, o termo torna-se sinônimo de poder afirmativo. A formação desses novos guetos de homossexuais e de solteiros ricos está ligada nos Estados Unidos à reabilitação dos centros urbanos e ao surgimento de uma nova arte de viver urbana e cosmopolita no decorrer dos anos 70. Esse fenômeno, particularmente perceptível no West Village de Manhattan, no Castro District de San Francisco e no South End de Boston, caracteriza em Paris o Marais, embora sob forma atenuada. A penetração no mercado imobiliário, o controle de parte dos comércios, dos bares e dos locais de lazer, até mesmo a transformação em força eleitoral, puderam ser vividos por certos homossexuais como a prova de seu poder e de sua capacidade de se fazer respeitar. Não é preciso acrescentar que esse novo gueto de luxo introduz uma diferenciação social que, a longo prazo, subverte a unidade do universo homossexual descrito com os termos de "companheirismo", "interioridade", "gemeidade".[18] A maior visibilidade e aceitação social do fato homossexual têm, paradoxalmente, como conseqüência a diluição dessa unidade e desse sentimento espontâneo de afinidade com todos os outros homossexuais, que se exprimem no olhar e nas pequenas frases cúmplices, traços característicos de uma posição minoritária dominada. Daí nova mudança

de cenário e de estilos. Quanto mais cresce a tolerância social, mais a "visibilidade homossexual" procurada perde sua importância simbólica. A transformação de sentimentos reivindicativos na garantia tranqüila de um direito à diferença conquistado, essa tradução psicológica da banalização da condição homossexual torna a dar então a esse termo uma conotação predominantemente negativa entre os jovens e nos grupos de mais idade sujeitos ao medo da AIDS. Alguns chegam até a recusar o uso de qualquer palavra que possa confirmar uma repressão que eles prevêem e a pensar numa volta à clandestinidade e a uma vida secreta, sinônimo de proteção.

Esses fenômenos de elaboração da identidade pela transformação de um atributo desaprovado em identidade reivindicada interpelam todo homossexual e exigem dele respostas. As correntes de tensões e de contradições que atravessam o ser e a vida dos homossexuais resultam de uma análise fatorial sob a forma de correlações e de pólos. Mas, para que todo o significado se manifeste, a gênese desses fenômenos deve ser reconstituída com o auxílio de métodos de investigação mais qualitativos.[19]

Emancipação social e transgressão sexual

Na medida em que a homossexualidade implica a transgressão de um dos tabus mais arraigados, pode-se retomar a seu respeito as palavras de Pierre Bourdieu sobre a entrada num universo de crença: *"Compreendemos que não se entra nesse círculo mágico por decisão instantânea da vontade, mas somente pelo nascimento ou por um lento processo de cooptação e de iniciação que equivale a um segundo nascimento."*[20]

Apesar da diversidade das posições às quais levam, as constantes alterações nas trajetórias dos homossexuais interrogados referem-se a um duplo processo: de um lado, a separação da família iniciada desde a adolescência, muitas vezes acelerada e vivida de modo doloroso pela conservação da homossexualidade no plano do "não-dito"; de outro

lado, a adoção progressiva de hábitos sociais e sexuais determinados pela dificuldade, até mesmo pela impossibilidade, de fazer reconhecer abertamente sentimentos e relações afetivas indizíveis fora do círculo restrito daqueles que os compartilham. Esse duplo processo de afastamento de uma vida familial e social comum (heterossexual) e da conseqüente aproximação de uma forma de sociabilidade homossexual é vivido simultaneamente como uma libertação de coerções insuportáveis, a constituição de uma "estranheza" difícil de gerir e a aquisição de uma capacidade de prazer. As trajetórias de homossexuais são acompanhadas com freqüência de sentimentos contraditórios, que confrontam uma liberação, bem-sucedida e desejada, com um desarraigamento e uma alienação que vêm comprometer as relações sociais. A dificuldade de se fazer entender e reconhecer, à qual se acrescenta hoje o risco de saúde devido a hábitos sexuais atribuídos, pelo menos em parte, a essa falta de reconhecimento, leva os homossexuais em situação de entrevista a analisar a própria história, em vez de contá-la.[21]

O termo "emancipação" remete à transgressão de um tabu. Se a redefinição da imagem social dos homossexuais diz respeito essencialmente à sua "desmedicalização" e à sua "masculinização", em reação à caricatura que ressalta traços femininos, a liberação das práticas sexuais segue de bem perto o discurso normativo sexológico, que tende a desierarquizar as diferentes práticas sexuais, atribuindo-lhes um valor equivalente numa contabilidade do prazer que adotou o orgasmo como medida.[22] Do mesmo modo, vimos que o termo *"gay"* visa superar as conotações de "passivo" ou "ativo" inerentes às diferentes denominações tradicionais dos homossexuais.

Mais do que ao papel desempenhado no ato sexual, essa oposição remete a todas as oposições que fundamentam a divisão sexual do trabalho e fornecem as oposições fundamentais da ordem social: masculino/feminino, alto/baixo, em cima/embaixo, na frente/atrás, dominante/dominado.[23] Mesmo no centro da transgressão constituída pelo ato homossexual, essas oposições conservam toda a sua força: o termo e o movimento *"gay"* aplicam-se justamente, em sua luta pela indiferenciação social e sexual, a aboli-las. A busca da diversidade das práticas e

dos "papéis" subverte a hierarquia tradicionalmente estabelecida pelos próprios homossexuais entre o "comido" e o "comedor", sofrendo o primeiro a maior reprovação social, por transgredir muito claramente a ordem "natural" das coisas, organizada segundo a dualidade feminino (dominado) e masculino (dominante), de modo que em certas culturas só é considerado "bicha de verdade" aquele que se deixa penetrar, e não aquele que penetra.

Isso se aplica muito especialmente às culturas mediterrâneas e latino-americanas. Assim, a penetração ativa, mais admissível quando a esposa se encontra longe e quando o acesso a uma mulher é difícil, não é mentalmente assimilada à homossexualidade. Daí o problema da prevenção na França, em meio magrebe, observada por um assistente social: *"Só é considerado homossexual aquele que se deixa penetrar, nunca aquele que penetra. Uma vez que se associa a AIDS à homossexualidade, como fazer então os parceiros ativos entenderem que correm um risco, como fazê-los aceitar o preservativo, e até em último caso que são soropositivos, quando simplesmente não conseguem imaginar como contraíram o vírus."*

Relacionar as diferentes formas de auto-apresentação corporal e indumentária de um lado, e de outro as formas sexuais da transgressão do tabu permite observar como as determinações sociais ligadas a uma posição dada no espaço social formam, através da relação com o próprio corpo, as disposições constitutivas da identidade homossexual (o andar, os gestos, as maneiras de falar e de se vestir) e as próprias tendências sexuais.[24] De fato, até nas práticas sexuais o corpo tende a funcionar *"como uma linguagem pela qual somos falados, em vez de falarmos, uma linguagem da natureza, onde se trai o mais oculto e ao mesmo tempo o mais verdadeiro, porque menos controlado e controlável conscientemente"*.[25] Sem ocupar lugar preponderante, certos "tipos", mais ou menos freqüentes, de acordo com as classes sociais e as gerações, fornecem assim indícios do caráter diferencial das transformações da condição e da imagem homossexuais.

Encontramos nas camadas populares, mais do que nas outras classes sociais, os estilos indumentários e gestuais aparentemente mais

opostos, visando, seja conservar uma "fachada de heterossexual", a fim de não "se trair por seus modos", seja, ao contrário, ostentar, de forma caricatural, as características da "bicha-louca". O travesti é encontrado, aliás, com muito mais freqüência nessas classes. Nos dois casos, a linguagem corporal revela uma dominação social, seja ela de submissão ou de revolta. No primeiro caso, o fato de "esconder" e de "controlar" a expressão de seus desejos corresponde a um reflexo de defesa dos raros atributos, a masculinidade e a força física, situando um operário ou um camponês do lado dos dominantes na realidade social. No segundo caso, o homossexual adota para si, exagerando-o, o imaginário coletivo que predomina em relação à homossexualidade. Nos dois casos, o ressentimento da marginalidade, da falta de uma posição aceita por outrem e pelo próprio indivíduo se traduz pela autocensura da afetividade. O machismo que despreza o parceiro se opõe tanto a uma relação afetiva e sexual equilibrada e durável quanto o exagero provocante, contestação lúdica da ordem social dominante que pode causar constrangimento ao outro no face a face amoroso. Esse modo "radical" e "extremo" de agir indicando de maneira ostentadora seu "verdadeiro ser" não esconde às vezes a desorientação e o desespero daqueles que se dedicam assim à marginalidade no próprio seio do mundo homossexual; é como se houvesse nesse parecer um desafio lançado aos homossexuais, bem como aos heterossexuais: "Não dou a menor bola para o que pensam de mim."

Revelando, com seu modo de ser, certo humor que mistura ironia e cinismo, essas "bichas-loucas" são, de certa forma, a espécie (sobre)-vivente de uma situação de opressão social na qual o homossexual faz tudo para corresponder à caricatura que aqueles que o oprimem fazem dele: ele tenta neutralizar a agressão fazendo rir. Mas, enquanto esse estilo e esse humor aparecem nas peças de teatro de bulevar *(A gaiola das loucas)* como próprias das classes abastadas, na verdade eles são hoje a marca das classes populares. Mais do que um sorriso cúmplice provocado pelo filme e pelo espetáculo, a situação real provoca o riso zombeteiro dos raros *"gays"* a visitarem como curiosidades turísticas certos bares (das cidades industriais do Norte em declínio) que escapam aos efeitos "modernizadores" do turismo. Esse riso pode transformar-se em

desprezo diante de tanta falta de gosto — camisa de seda rosa sob jaqueta de couro tacheada, topetes de má qualidade, maquilagem exagerada —, mas sobretudo porque esses lugares e seus freqüentadores lembram inexoravelmente um passado que aqueles que comparecem como espectadores gostariam de ver terminado. Em sua diferença exagerada, essas "bichas populares" incitam os outros homossexuais a se afastarem, em vez de se mostrarem solidários. A essa atitude corresponde a censura que muitos homossexuais populares fazem ao estilo "*gay*", ao qual, a seu ver, faltam sociabilidade e jovialidade.

Essa bipolarização dos estilos nas classes populares designa igualmente as preferências pelos papéis "ativo" ou "passivo" na penetração. A dissimulação da homossexualidade se traduz por uma vida sexual muito pobre, seja pela limitação das atividades sexuais apenas à penetração ativa como prova de virilidade, ou, ao contrário, apenas à penetração passiva. Aqueles que se sabem expostos à zombaria que atinge os "enrabados" se limitam efetivamente ao ato homossexual mais reprovado. Isso prova, se necessário, o quanto uma apresentação caricatural de si, bem como os atos mais íntimos, são condicionados por uma lógica de inversão sexual da ordem social dominante. O fato de só poder gozar através do ato que simboliza mais claramente a transgressão restringe as possibilidades de jogo e, com isso, a escolha dos parceiros. Essa relação com o corpo marcada por uma hipercorreção ou por uma inabilidade trai o profundo mal-estar de uma homossexualidade mal aceita nos meios populares.

Quando se sobe na hierarquia social, a relação com o próprio corpo e com a própria homossexualidade depende tanto da composição quanto do volume global do capital que se detém, isto é, do conjunto dos recursos e dos poderes utilizáveis de que se dispõe para gerir a própria vida.[26] Contudo, as chances de poder assumir a tendência homossexual dependem mais do capital cultural, que dá acesso aos meios mais tolerantes, do que do capital econômico. A construção "*gay*" de si está ligada aos diplomas e às rendas investidas de preferência no lazer e na aparência (moda e cuidados com o corpo). A homossexualidade é "carregada" então com uma naturalidade indiferente aos olhares alheios. A

imagem descontraída do "macho", cultivada em reação à caricatura da "bicha-louca", retoma, estilizando-os, símbolos de virilidade em que se destaca a preocupação com as marcas e os modelos (*jeans* Levis, camisa Lacoste, camisetas "All American Boy"...). Embora evitando a masculinidade excessiva, essa ação visa impor uma concepção liberada e moderna da homossexualidade e esforça-se para promover um estilo de vida organizado em torno da realização sexual proporcional ao prazer de trocar à porfia de parceiros e de papéis. Essa disposição para o prazer e a naturalidade corporal que a acompanha diminuem no topo da hierarquia social, onde a posição, dependente de um capital econômico muitas vezes herdado (comerciantes e artesãos), impõe uma inserção familial e obrigações dificilmente compatíveis com uma homossexualidade liberada.

Dando-se como exemplo, os *gays* das classes médias sentem-se portadores de futuro. Esse orgulho, porém, raramente apaga todos os sinais de uma segurança ganha com a transgressão. Associada ao orgulho de ter sabido assumir um traço essencial de si, esse sentimento de transgressão leva mais ainda à promiscuidade do que o acesso fácil a eventuais parceiros.

De certa maneira, o mimetismo, os rituais de paquera homossexual nos locais públicos, nos bares e nas saunas, perpetuam a primeira passagem ao ato que simboliza ao mesmo tempo a transgressão, a aceitação de si, a conquista da liberdade e o orgulho dela resultante. Assim, longe de significar unicamente o desejo de consumo sexual, a paquera e a busca de inúmeros parceiros anônimos devem ser interpretadas como a participação num ritual de vinculação. Forma de sociabilidade mais instituída (senão institucionalizada) da vida homossexual, a paquera preenche funções múltiplas, dos contatos sexuais a um sentimento de segurança afetiva, passando pelo prazer de transgredir. Pelo caráter igualitário e gregário de algumas de suas formas, a paquera escapa ao mundo das hierarquias e das convenções comuns, "estressantes" para muitos. A *"saída"*, muitas vezes chamada de *"descida"* na vida noturna, constitui um momento precioso, que permite ao indivíduo ser ele mesmo, agir de igual para igual, escapando, como exprime o de-

poimento abaixo, ao domínio da fachada de um mundo destinado aos heterossexuais:

"No trabalho, de gravata, fico nervoso, todas aquelas brincadeiras idiotas, e aquelas conversas que não me dizem respeito, sobre as casas de campo, os fins de semana e as crianças. Mesmo com meus amigos heterossexuais, não posso ser totalmente eu mesmo. À noite, coloco minha calça jeans, *meus tênis e meu casaco de couro e vou para uma boate onde finalmente possa relaxar, não tendo que tomar cuidado com o que faço e com o que digo. Mas é mais tranqüilizador ser heterossexual, e viver num mundo onde a ordem é estabelecida."* (Técnico, 27 anos.)

A autoconfiança do homossexual é adquirida por meio do distanciamento mais ou menos consciente da ordem heterossexual. O sentimento de liberdade constantemente renovado na paquera é muitas vezes acompanhado do desgosto de ter perdido uma ordem tranqüilizadora e de ter, mais do que os outros, que contar, para seu bem-estar afetivo e social, com suas próprias forças.

A paquera homossexual e os locais de orgia são indícios de uma sociabilidade dionisíaca como a que descreve Michel Maffesoli? É possível detectar nela um jogo da desordem das paixões que escapa em grande parte à injunção moral e visa, não à realização pessoal, mas à perda no confusional, ao eliminar especialmente qualquer mecanismo de exclusão? Segundo Maffesoli, as orgias são um regulador social que atenua a agressão destrutiva ao *"contrabalançar uma imposição particular e assim restaurar um equilíbrio global"*. Elas aparecem como o derivativo da *"duplicidade cotidiana, que, embora aceitando aparentemente as diversas imposições morais, encontra inúmeros desvios para exprimir o obstinado desejo de viver da sociabilidade"*. Nessa lógica, o caráter confusional e bissexual dos grandes fenômenos orgíacos deporia contra a temática da liberdade sexual individual.[27] Por alguns de seus traços distintivos, os ritos orgíacos modernos dos homossexuais se assemelham a essa descrição. Mas também se distinguem dela. Querendo contrabalançar uma norma geral que atinge uma minoria circunscrita, a bissexualidade é excluída. Por serem o campo por excelência em que a

vida homossexual afirma sua diferença e sua separação, esses ritos homossexuais combinam elementos individualistas com outros que colocam em evidência a vinculação coletiva. Apesar de seu caráter afirmativo comunitário, as orgias especificamente homossexuais são, antes de mais nada, lugares de aprendizagem e de promoção da liberdade sexual individual. Longe de se assemelharem a um momento confusional, nelas a sedução pelo mimetismo e a escolha seletiva dos parceiros não são suspensas, mas seguem suas regras particulares. Os ritos orgíacos homossexuais que mais acentuam a dimensão de um companheirismo gregário, os clubes e os grupos, colocam em prática as sexualidades mais especializadas e seletivas e são precedidos de certa forma por uma escolha clara dos desejos, o que se opõe por definição à "desordem" das paixões encenadas pelas orgias tradicionais.

A satisfação oriunda da transgressão de regras e de tabus pode prolongar-se no prazer de uma "transgressão de si mesmo" pela violação de limites físicos. Essa busca através da dor ou do exercício de capacidades fisiológicas e musculares leva a seus limites uma lógica de libertação que tem por objetivo a construção exclusiva de uma identidade em torno de tendências sexuais: ela implica o eventual desaparecimento (ou a suspensão) das outras determinações sociais, encaradas essencialmente como entraves à experimentação e à realização sexuais. Certamente não é por acaso que a passagem de uma homossexualidade vivida como experiência de exclusão e de marginalidade a uma homossexualidade reivindicada é acompanhada, independentemente das diferenças sociais, de uma transgressão ritual no ato sexual através das práticas sadomasoquistas, sobretudo a do *fisting* (verificada, em nossa pesquisa, em 5% dos casos). O *fisting*, ou penetração com o punho, liga num ritual, muito exercido em grupo, a transgressão do interdito social (a sodomia) a uma transgressão de si que exige às vezes uma longa aprendizagem corporal. A moda "couro" sugere a propagação dessas fantasias sem implicar necessariamente a colocação em prática destas.

Um ator de 38 anos entrevistado mostra bem a força de atração desse ritual: *"Era uma outra maneira de transgredir a mim mesmo, e não as regras. A primeira vez que assisti a isso — alguém sendo pene-*

trado por um braço inteiro, porque primeiro é o punho e depois são todos os músculos do braço que entram —, foi uma coisa incrível, mesmo para quem estava em volta, foi um verdadeiro rito. Havia a pessoa deitada, o sujeito ao lado falando com ele, uma outra pessoa estava de prontidão com os poppers. *Foi um ritual. Para mim, o sado-masoquismo e o* fisting *são uma experiência espiritual, uma comunhão mais do que uma comunidade."*

Além do grau de aceitação social, o modo de participação no mercado sexual e as reações emocionais a suas regras de funcionamento, por sinal bastante coercitivas, contribuem para dividir os homossexuais em subgrupos que vivem o próprio destino de maneira muito diferente.[28] A fonte da maioria dos problemas ligados à condição homossexual é esse corte entre afetividade e sexualidade que resulta da ausência das instituições familiais que cimentam as relações heterossexuais. Raramente estendendo-se a mais de alguns meses ou alguns anos, a relação de casal é muitas vezes atingida desde o início por dramas, angústias e infidelidades. Por falta de um modelo de vida social próprio, o casal homossexual, imagem sobredeterminada pela norma heterossexual, permanece um ideal sentimental raramente realizado. A promiscuidade e a procura de parceiros anônimos, que de início atendem a um desejo, podem transformar-se em atitude defensiva, visando evitar as decepções afetivas, que só o prolongamento de um encontro no tempo torna possíveis.

Um engenheiro de 30 anos exprime bem esse fenômeno: *"Eu procurei, é, sim, eu procurei ligações estáveis. Minha sensibilidade sofreu um golpe com isso. Aprendi a esconder minha sensibilidade, de certa maneira a formar uma carapaça. E acho que a evolução de um homossexual em direção a uma multidão de parceiros é uma certa proteção. A multiplicidade de parceiros é uma proteção, justamente, para não sofrer. Porque eu sofri. No começo, é claro, era o modelo do casal que eu procurava. Mas não o encontrei."*

Não é de surpreender que tenhamos encontrado, no início de nossa pesquisa, em 1985, proporcionalmente o maior número de homossexuais vivendo como "casais fechados", 10% ao todo, nas cidades

de mais de cem mil habitantes, que permitem encontrar um parceiro e viver abertamente com ele, sem sofrer porém as tentações da paquera. Esse modo de vida tende, portanto, a se rarefazer na região parisiense e nas aglomerações de mais de um milhão de habitantes.

A esses casais juntam-se os cerca de 30% de homossexuais que têm um companheiro permanente, mas não vivem com este. A falta de um termo comumente aceito para designar o parceiro constante de um homossexual assinala a falta de reconhecimento social que gera inúmeros embaraços, tanto do lado dos homossexuais quanto do de sua família, seus amigos ou colegas. No mundo heterossexual, os termos "marido", "esposa" e "concubino" instituem direitos e obrigações que regulam as relações, independentemente das simpatias pessoais. A cortesia obriga a convidar para uma festa de família o cunhado ou a nora, mesmo quando todo o mundo preferiria não vê-los. Mas, enquanto o esquecimento involuntário do parceiro heterossexual pode constituir, em certas ocasiões, uma afronta dificilmente reparável, pensar em convidar o parceiro de um casal homossexual pode causar uma verdadeira dor de cabeça, mesmo que seja apenas na formulação do convite. A interiorização dessas complicações provoca, aliás, constrangimento a inúmeros homossexuais, que, diante de alguns de seus interlocutores, não sabem por que palavra (amigo, colega, amante ou namorado) designar seu parceiro.

Esse detalhe mostra o quanto a solidão e o sentimento de marginalidade são o destino da maioria dos homossexuais, que, em seu relato, relacionam com freqüência os termos "liberdade", "risco" e "solidão". Se a paquera e a promiscuidade regulam, em parte, o risco de solidão, a AIDS vem comprometer o equilíbrio desse modo de vida resultante da liberalização dos últimos vinte anos.

Antes mesmo que se difundam mudanças de conduta sexual capazes de proteger do risco, vêem-se esboçar nas entrevistas três maneiras de se afastar do modelo que ainda ontem encarnava a liberdade e o prazer. Em primeiro lugar, desvincular-se do mundo homossexual ou, pelo menos, retirar-se de uma sociabilidade associada ao "gueto". Essa tentativa de fuga individual pode chegar ao desejo de abandonar com-

pletamente a vida homossexual e de se "desidentificar" de sua homossexualidade. A essas tendências, à dessolidarização, opõe-se a autocrítica, às vezes violenta, de homossexuais que, embora querendo romper brutalmente com esse universo, permanecem, ao contrário, muito presos a ele. Essas autocríticas, que muitas vezes traduzem a vontade de provocar mudanças no seio do grupo pela força de um discurso e de uma atitude exemplares, podem inaugurar diferentes formas de engajamento e de militância. Essas reações extremas se opõem às "técnicas suaves" de uma adaptação progressiva que segue a avaliação do risco; entre 1985 e 1986, essa avaliação passou de uma apreciação em termos de pretexto para condenar os homossexuais à tomada de consciência de uma ameaça real de saúde.

A dessolidarização será mais provável quando uma homossexualidade mal aceita ficar à parte do mundo homossexual e de suas amizades. Ela pode conduzir à convicção profunda de assim proteger-se de qualquer *"doença vergonhosa"*. No caso em que a AIDS é encarada mais como risco social do que médico, a desidentificação servirá para esconder a homossexualidade, bem como para proteger do contágio. Essa reação é extrema, por tentar afastar a ameaça por meio do recalcamento de um traço essencial da pessoa: sua homossexualidade.

Diametralmente oposta, a autocrítica violenta, procedente do "gueto", cuja estrutura favorece a circulação do sexo e do vírus, recoloca em questão o comércio sexual, impedindo a tomada de consciência da extensão da ameaça sobre o indivíduo e o grupo. Essa reação agressiva, muitas vezes mal interpretada por outros homossexuais, não é moralista, mas emana da vontade intensa e muitas vezes desesperada de provocar uma tomada de consciência coletiva, que permita poupar os outros do que se viveu ou do que se está vivendo. Essa atitude se desenvolveu a princípio em Paris entre os homossexuais ligados às primeiras vítimas, nas classes médias e no grupo etário de 35 a 45 anos.

Os discursos dos mais jovens ignoram essa agressividade, pois sua geração foi menos marcada pelos tabus. Preferindo abordagens mais individualistas, não questionam a realidade social do "gueto", mas interrogam-se simplesmente sobre sua capacidade de escolher como con-

sumidores entre as possibilidades oferecidas. Já não acusam, pois, a "comercialização do sexo", mas a incapacidade de geri-lo de maneira sensata. Portanto, é sobre seus "verdadeiros" desejos que se interrogam.

Reavaliar a própria vida já não consiste em pousar um olhar crítico sobre um fato social exterior, como o "gueto", por exemplo, mas provoca um exame de consciência, um movimento de introspecção que deve servir para reforçar seus próprios desejos e sua posição social. Após ter derrubado certas perspectivas traçadas de antemão, a crise torna-se o momento propício para a elaboração de concepções novas e para sua experimentação. À crise sucede o trabalho de reconstrução de nova identidade.

As entrevistas colocam em evidência, através das diferentes reações a AIDS, as fases dessa crise de identidade, indo de uma reavaliação crítica do passado a seu distanciamento, seguido de desidentificação e de nova autocrítica, até a redefinição do eu. Esse modelo é mais sedutor porque permite estabelecer uma relação entre a vida do indivíduo "antes" e "depois" dessa crise, entre sua vida "exterior" e sua vida "interior", entre a dimensão coletiva e a dimensão individual de suas decisões. Nesse esquema, as mudanças externas (surgimento do vírus, sua disseminação no meio homossexual) ocasionam uma introspecção que permite ao indivíduo redefinir suas relações sociais, para melhor proteger-se de eventual contaminação. Assim, ele contribui para elaborar e colocar em prática mudanças coletivas que permitam conter uma epidemia ainda no início.

Mas esse modelo subestima a força de inércia das condições, muito variáveis, que provocam as reações diante de uma ameaça. Por ocasião de nossas pesquisas, a atitude combativa para mudar a si mesmo e os outros é minoritária e esbarra com a temporização predominante. Pode-se até dizer que o otimismo exibido pelos médicos, que tem por objetivo conter as "reações irracionais de pânico", só fez reforçar na maioria dos homossexuais a esperança angustiada de ver essa "tempestade" passar sem fazer muitos estragos, sem afetar demais as liberdades adquiridas com tanta dificuldade e sem questionar um início de aceitação ainda ameaçado. As experiências anteriores modelam, muito

evidentemente, a velocidade e as modalidades desse processo, de acordo com os indivíduos e com grupos inteiros. A isso se acrescenta a força dos acontecimentos, como a perda de um amigo, que pode acelerar consideravelmente o movimento. De qualquer modo, não podemos deixar de levar em consideração uma evidência, a saber: que as trajetórias à mercê de uma grave ameaça de saúde não são aquelas de objetos inertes, mas de indivíduos ativos, que se esforçam para adquirir o domínio do curso de sua existência.

[1] H. S. Becker, *op. cit.*, p. 27 ss. e 44.

[2] M. Pollak, "L'homosexualité masculine, ou: le bonheur dans le ghetto?", *Communications*, 35, 1982, p. 56 ss.

[3] E. Goffman, *Stigmate*, Paris, Ed. de Minuit, 1975, p. 14.

[4] M. Halbwachs, *La mémoire collective*, Paris, PUF, 1968, p. 152.

[5] Cf. J. Gérard, *Le mouvement homosexuel français, 1945-1980*, Paris, Syros, 1981, e o número especial "Les années 80. Mythe ou libération", *Masques. Revue des homosexualités*, 25/26, 1985.

[6] M. Dannecker e R. Reiche, em *Der gewöhnliche Homosexuelle*, Frankfurt, Fischer, 1974, analisaram mais particularmente a influência da orientação homossexual sobre a mobilidade profissional.

[7] E. Goffman, *op. cit.*, p. 127 ss.

[8] Y. Grafmeyer e I. Joseph, *L'école de Chicago*, Paris, Aubier, 1979, p. 35 ss.

[9] Quanto ao uso do conceito de conflito de gerações, corrente em sociologia e em história cultural e intelectual, ver: C. E. Schorske, "Conflit de générations et changement culturel", *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 26/27, março-abril de 1979, p. 109-16.

[10] Esses traços são ressaltados por C. Courouve, *Vocabulaire de l'homosexualité masculine*, Paris, Payot, 1985; ver igualmente B. Rodgers, *Gay talk. The queens vernacular. A (sometimes outrageous) dictionary of gay slang*, Nova York, Paragon Books, 1979.

[11] As contradições do personagem e da obra de Amiel ilustram perfeitamente essas imbricações sociais e sexuais. L. Boltanski, "Projet intellectuel et sexualité dans le journal d'Amiel", *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 5/6, novembro de 1975, p. 80-108.

[12] P. Bourdieu, "Remarques provisoires sur la perception sociale du corps", *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 14, abril de 1977, p. 53.

[13] Ver L. Humphreys, "Exodus and identity: the emerging gay culture", e M. P. Levine, "Gay ghetto", *in:* M. P. Levine, *Gay men. The socio-*

logy of male homosexuality, Nova York, Harper and Row, 1979, p. 141 ss. e 182 ss.

[14] G. Simmel, "Métropoles et mentalité", *in:* Y. Grafmeyer e I. Joseph, *op. cit.*, p. 61 ss.

[15] Essas diferenças de estilo e de denominação indicam tanto a diversidade como a rapidez das transformações da realidade sociocultural homossexual, fenômeno confirmado igualmente pela comparação entre as duas primeiras grandes pesquisas francesas, uma realizada no início dos anos 70 e a outra no início dos anos 80: M. Bon e A. D'Arc, *Rapport sur l'homosexualité de l'homme*, Paris, Editions universitaires, 1974; J. Cavailhès, P. Dutey e G. Bach-Ignasse, *Rapport gai. Enquête sur les modes de vie des homosexuels*, Paris, Persona, 1984.

[16] Essa introspecção que precede uma integração social de minorias é ressaltado pelo sociólogo negro americano: W. E. B. Du Bois, *On sociology and the black community*, Chicago University Press, 1978.

[17] Antigamente, o termo "gueto" designava o bairro de uma cidade onde os judeus eram obrigados a residir. Em sociologia e seguindo as preocupações da ecologia humana que ressaltam as correlações entre lógicas espaciais e lógicas sociais nas grandes cidades, designa o reagrupamento mais ou menos voluntário de populações homogêneas segundo dado critério (étnico, lingüístico, e também preferência sexual). Cf. R. E. Park, E. Burgess e R. McKenzie, *The city*, University of Chicago Press, 1925; L. Wirth, *On cities and social life*, University of Chicago Press, 1964.

[18] Cf. a discussão das implicações sociológicas de tais termos: D. Duclos, "Pour une sociologie 'Swayamvara' ", *Socius*, 4/5, 1987, p. 52.

[19] A. Desrosières e M. Pialoux, "Rapports au travail et gestion de la main-d'oeuvre: problèmes et méthodes", *Critiques de l'Economie Politique*, 23/24, 1983, p. 75.

[20] P. Bourdieu, *Le sens pratique*, Paris, Ed. de Minuit, 1980, p. 114.

[21] Quanto ao caráter reflexivo de entrevistas biográficas realizadas em situação de crise, ver: F. Muel-Dreyfus, *Le métier d'éducateur*, Paris, Ed. de Minuit, 1983, p. 262.

[22] Cf. A. Béjin e M. Pollak, "La rationalisation de la sexualité", *Cahiers Internationaux de Sociologie*, 67, 1977, p. 105 ss.

[23] Cf. P. Bourdieu, *op. cit.*, p. 121; quanto à constância desse tabu no tempo, cf. J. L. Flandrin, *Le sexe et l'occident*, Paris, Le Seuil, 1981, p. 115.

[24] P. Bourdieu, *op. cit.*, p. 120.

[25] P. Bourdieu, "Quelques remarques...", *art. cit.*, p. 51.

[26] P. Bourdieu, *La distinction*, Paris, Ed. de Minuit, 1979, p. 128 ss.

[27] Cf. M. Maffesolì, *L'ombre de Dionysos. Contribution à une sociologie de l'orgie*, Paris, Librairie des Méridiens, 1985, p. 135, 182, 186.

[28] A. P. Bell e M. S. Weinberg, *Homosexualites. A study of diversity among men and women*, Nova York, Simon and Schuster, 1978, remetem a esse duplo processo.

[22] Cf. A. Béjin e M. Pollak, "La rationalisation de la sexualité", *Cahiers Internationaux de Sociologie*, 67, 1977, p. 105 ss.

[23] Cf. P. Bourdieu, *op. cit.*, p. 121; quanto à constância desse tabu no tempo, cf. J. L. Flandrin, *Le sexe et l'occident*, Paris, Le Seuil, 1981, p. 115.

[24] P. Bourdieu, *op. cit.*, p. 120.

[25] P. Bourdieu, "Quelques remarques...", *art. cit.*, p. 51.

[26] P. Bourdieu, *La distinction*, Paris, Ed. de Minuit, 1979, p. 128 ss.

[27] Cf. M. Maffesolì, *L'ombre de Dionysos. Contribution à une sociologie de l'orgie*, Paris, Librairie des Méridiens, 1985, p. 135, 182, 186.

[28] A. P. Bell e M. S. Weinberg, *Homosexualites. A study of diversity among men and women*, Nova York, Simon and Schuster, 1978, remetem a esse duplo processo.

2

EXPOSIÇÃO AO RISCO E RELAÇÃO COM A MEDICINA

O risco de saúde das doenças sexualmente transmissíveis (DST) ameaça muitos homossexuais. Se a exposição ao risco de transmissão de um vírus por via sexual é proporcional ao número de relações sexuais não-protegidas,[1] então os mais expostos deveriam ser os homossexuais que trocam com freqüência de parceiros cuja condição sorológica ignoram (caso mais comum, evidentemente) e que se entregam a práticas que envolvem a troca — para permanecer no registro de termos técnicos — de "fluidos corporais contaminantes" (o sangue, o esperma). A medida exata desse grau de exposição, que varia de acordo com as práticas (orais ou anais), constitui o objeto de inúmeras sondagens epidemiológicas.[2]

Um esboço de indicador desse grau de exposição é encontrado na comparação com outras doenças sexualmente transmissíveis (DST), cujo número aumenta nas grandes cidades e nos grupos mais expostos em virtude de suas práticas (grande promiscuidade, registro sexual diversificado). Aumentando até a idade de 30 anos, elas se estabilizam, e um terço dos homossexuais atravessam então toda a sua vida sem problemas especiais, sendo que mais de 20% só têm problemas menores, como a blenorragia. As DST ligadas à freqüência de relações potencialmente contaminantes, sobretudo com parceiros anônimos, e à natureza das práticas sexuais aumentam à medida que nos aproximamos do "gueto". Em 1985, por ocasião de nossa primeira pesquisa, pudemos verificar que cerca de 15%, que não têm relações sexuais ou vivem como "casal fechado", estão pouco expostos ao risco. Entre os outros com parceiros múltiplos, cerca de 30%, que também nunca praticam a sodomia, se encontram expostos a um risco limitado de contágio por via sexual. Portanto, sem modificação dos comportamentos sexuais, era preciso

20 anos e os homossexuais que vivem no campo permanecem pouco atingidos. Em compensação, as cidades de mais de cem mil habitantes e, num grau menor, aquelas entre vinte mil e cem mil habitantes são quase tão atingidas quanto o subúrbio parisiense. Graças às precauções, a incidência da doença não mais aumentou nas classes médias superiores entre 1986 e 1987; no mesmo intervalo, ela dobrou no meio operário e fixou-se em 11%.

Essas estatísticas colocam em evidência as categorias já citadas nos subgrupos relativamente homogêneos de homossexuais: os mais afetados são os membros das classes médias urbanas situados no centro e na margem do "gueto", sobretudo os serviços a particulares; seguidos de perto pelos executivos e pelos intelectuais das classes dominantes, propensos a gerir uma vida dupla a "distância", por ocasião de viagens a trabalho; daí a importância estatística atribuída, no início da disseminação da doença, às viagens como "fator de risco" (Estados Unidos, Caribe, África).

Essa disseminação diferencial do vírus remete, portanto, às práticas bem como às lógicas sociais dos intercâmbios sexuais que tendem a unificar as classes médias urbanas além de seu local de residência (os locais de férias e Paris servindo de plataforma giratória). Tão "exclusivamente homossexuais" e aliciadores quanto os homossexuais das classes médias, os operários, entretanto, quase não se misturam com eles, preferindo freqüentar os locais públicos, as estações ferroviárias e os jardins.

Se, por sua freqüência, as doenças venéreas são uma importante preocupação de saúde dos homossexuais, que lhes lembra sua transgressão das normas, na maioria das lembranças recolhidas o primeiro acometimento de uma DST e o contato com um médico são menos penosos do que se previa.[5] Na verdade, o emprego de serviços de cuidados eficazes, acessíveis e anônimos abre o caminho para a desdramatização das DST, para a desculpabilização das pessoas acometidas e para a generalização do tratamento médico. Assim, 40% dos homossexuais que nunca tiveram problemas venéreos fazem exames de sangue uma vez por ano, e 23%, de maneira mais espaçada. Esse comportamento "moderno" de consumi-

dores indica a que ponto as DST ocupam, na consciência coletiva dos homossexuais, o lugar de uma doença e de um risco aos quais estão muito especialmente expostos.

Contudo, 9% dos homossexuais que sofreram de DST não se submetem a nenhum tratamento médico. São em geral operários ou moradores do campo ou de cidadezinhas, que enfrentam relações angustiantes e a ausência de serviços médicos anônimos. A regularidade do tratamento médico reflete, além da experiência anterior de DST e da confiança em se sentir aceito, a influência da profissão, do nível de instrução e do local de residência.

Essa regularidade do tratamento médico poderia causar espanto quando se sabe que o médico que trata de mais de 50% dos homossexuais não está "a par" do modo de vida de seu paciente. Dois modos opostos de interação entre médico e paciente favoreceram a generalização das medidas profiláticas, ao limitar o sentimento de embaraço: nos centros profiláticos urbanos especialmente criados para a detecção das DST, a "neutralidade terapêutica" reduz ao mínimo o cara a cara entre médico e paciente;[6] e a escolha de um médico homossexual, contactado por intermédio de amigos ou de associações oficiais, como "Os Médicos *gays*".

Essas duas maneiras contrastadas de organizar a interação, no anonimato ou na cumplicidade, correspondem a uma mesma preocupação de evitar um cara a cara difícil de suportar porque repleto de incompreensão. O recurso a uma dessas duas soluções é ainda mais provável quando a pessoa já teve DST. A preocupação com a rapidez e a simplicidade do tratamento é acompanhada então de razões mais psicológicas.

No caso de infecção pelo vírus HIV, vários fatores impedem uma atitude tão desdramatizada. O trauma da descoberta de uma soropositividade, a gravidade da doença, a falta de tratamentos seguros, a distância que existe entre uma terapêutica sem credibilidade verdadeira e técnicas de diagnóstico que permitam detectar a infecção antes do aparecimento de sintomas clínicos provocam reações muito diferenciadas. Essas reações dependentes da percepção subjetiva do grau de exposição ao risco misturam os parâmetros médicos com parâmetros sociais.[7]

Mesmo fora de todo contato com a doença ou com os indivíduos doentes a grande preocupação com a informação, surgida em 1984-1985, traduz uma inquietação que acrescenta aos cuidados com a saúde o pressentimento de uma opressão social vindoura. Essa dupla inquietação tende a homogeneizar as opiniões num grupo muito diversificado do ponto de vista de suas características sociais e de suas experiências afetivas.

Essas opiniões são muito homogêneas quanto às conseqüências da AIDS para a condição social dos homossexuais: se 80% observam reflexos de medo em seu meio, 70% pensam que a AIDS serve de pretexto para condenar a homossexualidade e 57% que ela vai incentivar os abusos da polícia. Esses números diminuem diante de perguntas mais factuais. Um fenômeno de antecipação leva os homossexuais a prever reações de discriminação muito antes que os fatos venham reforçar a tese da repressão provocada pela recrudescência do contágio nos "outros".

Medem-se as suscetibilidades feridas pelas reportagens sobre a AIDS constatando que 15% dos homossexuais só confiam, nesse ponto, nos meios de comunicação *gays* e, eventualmente, na imprensa médica e científica; 5% não acreditam em nenhuma fonte de informação. Assistimos assim, nessa minoria designada como "grupo de risco", ao fenômeno colocado em evidência por Paul Lazarsfeld no terreno político, o *two step flow of communication*:[8] para ser guardada, uma informação deve ser confirmada pelas pessoas mais chegadas, que compartilham as mesmas preocupações e os mesmos problemas.

Ao provocar uma angústia de rejeição social, a expressão "grupo de risco" teve como primeira conseqüência o repúdio e a recusa de se deixar rotular. Mas essa recusa do estereótipo não se insere unicamente numa luta simbólica, cujo objetivo seria a defesa da imagem social dos homossexuais. Ela exprime a angústia real daqueles que, apesar de suas declarações contraditórias, sentindo-se expostos a um risco fatal, querem saber de tudo e ao mesmo tempo não querem ouvir nada.

Este depoimento de um funcionário de 30 anos mostra bem isso: *"Fico desgostoso com o tom das informações, a moralização e o sensacionalismo com que anunciam descobertas que não o são. Fazem de nós verdadeiros pestíferos. Não quero ouvir mais nada... Quando há*

em algum lugar um título sobre a AIDS, não consigo deixar de comprar a publicação. Leio tudo o que posso. Eu me informo."

Se, antes de 1984, essa recusa do estereótipo expresso pelos meios de comunicação *gays* confirmou a negação do risco por parte de bom número de homossexuais, a situação mudou depois. Após a tomada de consciência do perigo que ameaça o grupo, o fenômeno do *two step flow of communication* acelerou a difusão das precauções sexuais, em primeiro lugar entre aqueles que se identificam com um destino coletivo dos homossexuais e que, sentindo-se integrados numa comunidade ou solidários com ela, seguem as modas que nela se desenvolvem. Um período de quatro a nove meses separa os leitores da imprensa homossexual dos não-leitores, que são mais lentos em mudar de hábitos e comportamentos sexuais. Outro fenômeno: as mudanças seguem progressão contínua no grupo dos "leitores" e progressão mais irregular no dos "não-leitores".

A progressão linear das mudanças observáveis entre os leitores é provavelmente atribuível a sua exposição contínua e regular às informações sobre a AIDS e às ordens de *safer sex* dadas pela revista a partir de 1984. Em compensação, observamos entre os não-leitores que os períodos de mudança rápida coincidem, tanto em 1985 quanto em 1986, nos meses de abril-junho e outubro-dezembro. Esses momentos fortes se situam nos períodos de informação intensa sobre a AIDS antes, durante e logo após os congressos internacionais sobre a doença (abril-junho), bem como após a chegada do outono, acompanhada em 1985 e 1986 por reportagens sobre a AIDS em quase todos os grandes semanários depois da morte de Rock Hudson, em 1985, e, em 1986, da conferência de imprensa de Michèle Barzach, ministra da Saúde, anunciando a campanha nacional.[9]

Assim, a AIDS provoca tensões ligadas ao medo do contágio e às ambigüidades de uma identidade originária e tardiamente experimentada, depreciada e reivindicada, arbitrária e autêntica, verdadeira e falsa — representando simultaneamente fonte de eventuais discriminações, instrumento de diferenciação social e de valorização e, por intermédio da AIDS, o risco experimentado de destruição física.

Essas forças contraditórias, centrípetas e centrífugas, criam uma situação verdadeiramente revoltante. Mas, como a revolta não tem efeito diante da doença, todas as esperanças são dirigidas para os progressos da medicina curativa. Interiorizadas, essas forças contraditórias põem à dura prova o equilíbrio psíquico e os sentimentos de identidade individual e coletiva. Se, como em todo grupo marginalizado, o sentimento de identidade coletiva é realçado pela diferenciação e sob a ameaça,[10] o caráter absoluto e irrevogável da ameaça da AIDS (a morte) limita singularmente esse processo.

Medo e adaptação ao risco de contágio

"Os motoristas embriagados têm suas carteiras apreendidas. Com razão. Porque seu erro resulta em dezenas de milhares de mortos e inválidos a cada ano. Então, por que não tirar também o direito de trepar e procriar das dezenas de milhares de pessoas portadoras do vírus da AIDS, 'sãs' ou doentes, que são sempre perigosas, enquanto não se descobre a cura para a doença? É terrível deixar que se divirtam em todo canto nas praias, durante o verão, sexos repletos de AIDS, sob o pretexto de não atentar contra as liberdades individuais.

VÍRUS X-Y"

(Carta a *Libération*, 2 de julho de 1986.)

Observam-se entre os homossexuais mais inquietos dois grupos bem distintos: aqueles que, de uma maneira ou de outra, têm uma experiência da doença e aqueles cuja angústia seria atribuível às coerções sociais que sofrem como homossexuais. A AIDS torna-se então o objeto projetivo de uma inquietude cujas causas devem ser procuradas na solidão e num mal-estar ligados à fragilidade da condição de homossexual e à dificuldade permanente que dela resulta na gestão das relações sociais.[11]

Todas as situações nas quais é difícil assumir abertamente a própria homossexualidade têm efeito angustiante, que o surgimento da AIDS torna insuportável. Daí a constatação paradoxal de que os homossexuais

objetivamente pouco expostos, que levam vida sexual muito limitada, têm, mais do que os outros, tendência a ser "terrivelmente" inquietos. O mesmo acontece com os bissexuais, mais especialmente os homens casados cujas atividades homossexuais são pouco freqüentes e restritas à masturbação recíproca e à felação. Uma situação econômica precária, como o desemprego, tende igualmente a reforçar essa propensão à inquietação diante da AIDS.

Encontra-se no destino homossexual, seja ele problemático ou tranqüilo, a mediação de uma inquietação existencial que se fixa na AIDS.[12] A inquietação não traduz portanto, necessariamente, medo da própria doença, mas o de ver, por esse meio indireto, a homossexualidade atacada em si ou revelada individualmente; daí esta resposta à conotação de absoluto, rabiscada na margem de um questionário sobre a reação diante da eventual descoberta de contaminação: *"Isso faria com que minha homossexualidade fosse descoberta. Eu me suicidaria."*

São, paradoxalmente, as categorias menos expostas que temem mais a AIDS e, ao mesmo tempo, têm a visão mais pessimista da condição homossexual. Muito sensíveis a "o que é que vão dizer?", são as mais dispostas a endossar julgamentos morais do tipo: *"A AIDS prova que se foi longe demais na liberação dos costumes"*, *"o modo de vida dos homossexuais é a causa da AIDS"*. Tendo a tendência, sob a pressão do medo, a se isolar mais, sentindo-se além disso incapazes de adaptar suas práticas sexuais ao risco, elas são as únicas a reclamar medidas administrativas que vão até a colocação dos doentes em quarentena.

A esses opõem-se os jovens, pouco preocupados, que se sentem a salvo do risco e otimistas em relação ao futuro dos homossexuais. Também os operários manifestam pouco medo a respeito de um risco que parece não atingi-los ainda. O mesmo não acontece com as classes médias urbanas, bastante expostas, e muito conscientes do perigo desde 1985. No entanto, observa-se uma diferença de atitude entre os empregados de serviços ou os pequenos funcionários e os executivos ou as profissões científicas. Se os primeiros, muitas vezes em ruptura com seu meio de origem, privilegiam as dimensões sociais do risco, os segundos só o percebem sob o aspecto médico. Enquanto alguns,

ainda em 1985, persistem numa política de temporização ou de negação, chegando ao ponto de recusar toda precaução, sob o pretexto de não querer ceder ao pânico, os outros são os únicos a utilizar, a partir de 1985, meios eficazes, como o preservativo.

A partir de 1985, vemos então esboçarem-se diferentes pólos de reações ao risco:

- uma desidentificação[13] em relação à homossexualidade e uma dessolidarização em relação ao grupo que levam ao auto-isolamento daqueles que, assumindo com mais dificuldade a própria homossexualidade, exigem medidas coercitivas por parte do Estado;
- certa despreocupação dos operários e dos jovens, que se sentem pouco expostos;
- uma atitude de temporização desconfiada e cética, precedendo a adaptação ao risco por parte daqueles que, embora assumindo bem a própria homossexualidade, vivem em situação de rejeição social;
- uma tomada de consciência rápida e uma modificação conseqüente das práticas sexuais nas parcelas intelectuais das classes superiores, as mais bem informadas no campo da saúde. É no seio delas que se observa o esboço de novas formas de militância que inserem a defesa dos homossexuais na causa geral de luta contra uma doença.[14] A argumentação científica, o profissionalismo e a preocupação dos meios de comunicação caracterizam, aliás, as primeiras associações que se dedicam exclusivamente à luta contra a AIDS (*AIDES* e Vencer a AIDS).

Confirmando essas tendências, as pesquisas realizadas em 1986 e 1987 registram no meio dos jovens uma diferença de atitude entre os estudantes — semelhantes, em suas reações, aos executivos — e os não-estudantes — semelhantes ao mundo operário.

Surge, a partir de 1987, um modelo suplementar observado com mais freqüência entre os jovens: sem adotar precauções sexuais, entram num tratamento médico regular. O fato de "ficar entre pessoas da minha idade" e o resultado negativo do exame repetido regularmente atenuam as angústias. Essa estratégia de "riscos limitados" tranqüiliza mentalmente o indivíduo e o poupa de tomar precauções que aceita intelec-

tualmente mas julga "desagradáveis" e "frustrantes". É inútil dizer que tal mecanismo de defesa mental não tem nenhuma eficácia preventiva.

Essas atitudes em termos de inquietação, associadas ou não a uma mudança de práticas sexuais, constituem os pólos do campo das reações possíveis diante do vírus, entre as quais se situam todas as espécies de posições intermediárias — e contraditórias. O medo diante da AIDS, portanto, pode ter dois significados diferentes: o receio de exclusão e de marginalização por homossexualidade e o receio de contrair uma doença mortal. Se o primeiro desses significados tem efeito paralisante, o segundo pode, em certas condições, provocar mudanças de comportamento. A capacidade de mudar torna-se, então, dependente das coerções e dos recursos concretos do indivíduo, e de sua capacidade de gerir as relações sociais.

Os fins e os meios

Duas cartas a *Libération*:

"28 de agosto de 1986. Prezado Libé, três semanas sem relações sexuais, sem um corpo de rapaz para apertar nos braços, não é brincadeira. Foi por isso que na quarta-feira, dia 27 de agosto, procurei encontrar um cara legal para me divertir. Esse encontro foi com um certo Laurent; rapaz de boa família, educação burguesa, sobrenome nobre e principalmente um cara alto e bonito de 25 anos. Excitante — a trip do sexo não foi nada ruim e me diverti bastante; o mais duro veio a seguir: foi num circunlóquio e com toda a calma que ele me disse que era soropositivo.

Estupor e Susto, eu acabava de trepar com um cara que talvez tivesse me contaminado e introduzido em meu ser o que ia me aniquilar. O mais assombroso foram suas explicações.

Na verdade, para aquele filho da mãe, era eu que tinha de tomar cuidado, fazer-lhe a pergunta, indagar se ele era portador do vírus da AIDS — e, furioso, prosseguiu afirmando que 98% dos bichas parisienses são soropositivos e são os 2% de caras saudáveis que devem

defender-se e proteger-se. Ok, já entendi; os caras portadores do vírus da AIDS continuam a trepar como se nada tivesse mudado, e são os outros, essa minoria de caras não-contaminados, que têm de se proteger. Há algo de criminoso nesse comportamento.

François, um cara de 25 anos que espera não ter sido contaminado."

(Carta publicada em *Libération*,
segunda-feira, 1º de setembro de 1986)

"Paris, 1º de setembro de 1986. O 'filho da mãe' se explica! Ser insultado quando se merece, ok, mas só por alguém em seu perfeito juízo! Ao ler o artigo demagógico de François no Libé de 1º de setembro, que me define como um criminoso egoísta por não tê-lo prevenido, antes de trepar, de que eu era soropositivo, meu sangue — mesmo contaminado — ferveu! Vejamos os fatos: quando um cara recruta, no meio da noite, por telefone, utilizado por centenas de outros caras que, como ele, estão precisando trepar, parece-me que ele entra, automaticamente, num setor de riscos... Continuemos: quando esse mesmo cara se desloca para se divertir com um desconhecido que não está em sua primeira experiência — isso também é fácil de adivinhar —, o 'riscômetro' sobe em mais um grau... Enfim, quando, sem pergunta prévia e sem preservativo, se passa às coisas sérias, não se vai invocar a ignorância! Que eu saiba, o bichinho que assombra nossas inquietações não data de ontem! Portanto, se há inconsciência e irresponsabilidade em tudo isso, certamente não é da minha parte!

No que me diz respeito, sou portador, assumo e continuo a trepar porque foi o que escolhi. Não obrigo ninguém a me imitar, mas quando dizemos 'trepar', não acrescentamos 'inocência'. Você tem 25 anos, François, portanto caia na real, olhe a sua volta, assuma suas responsabilidades e não venha mais com essa de inocência ultrajada, isso já era!

Laurent, um cara de 25 anos mas que sabe o que quer e aonde vai!"

Carta publicada em *Libération*,
quinta-feira, 4 de setembro de 1986)

Os dispositivos empregados pelos homossexuais para se proteger da contaminação são conciliações entre objetivos, habilidades e riscos concorrentes; entre a saúde e as pulsões sexuais, a capacidade de manipular o ato sexual e a imagem de si construída em torno da sexualidade, entre o risco de contágio e o risco de solidão. Mas quase todas as "conciliações aceitáveis", que influem na gestão individual do risco de contaminação, têm em comum seu caráter pragmático. Quer se trate da redução do número de parceiros ou do uso do preservativo, na verdade as mudanças de comportamento raramente são justificadas em termos morais. Além disso, só raramente o risco biológico ligado às práticas sexuais se traduz por uma sublimação da sexualidade em outras atividades: ele leva, de preferência, à busca de caminhos adaptados a uma satisfação de menor risco.

De um ponto de vista estritamente preventivo, a única medida eficaz para reduzir o risco de contaminação por via sexual é a interrupção de toda troca de esperma e de sangue. Daí os cânones do *safer sex* e a recomendação de usar camisinhas. Contudo, a rejeição bastante geral do preservativo registrada em 1985 e sua difusão mais ou menos lenta, de acordo com a idade e as classes sociais, revelam os limites da prevenção sexual em termos racionais, pois poucos estão aptos a orientar sua atividade sexual de acordo com a finalidade única de "exclusão do risco".

Segundo o modelo da escolha racional em finalidade de Max Weber,[15] o risco de vida e de morte deveria provocar automaticamente atitudes adaptadas, além de tecnicamente simples. Mas só podem calcular racionalmente o risco e adaptar-se a ele aqueles que se beneficiam das condições para calculá-lo (as informações necessárias) e das condições práticas favoráveis.

A difusão das precauções sexuais aparece, então, como um caso-limite que invalida as teorias segundo as quais o mundo social é construído sobre a racionalidade da relação entre o fim e os meios, fora de toda história e de toda experiência vivida dos sujeitos. O conhecimento pessoal de uma vítima soropositiva ou acometida da AIDS é o motor mais potente de uma tomada de consciência que precede a adaptação compor-

tamental. Na medida em que o hábito de uma pessoa depende de sua capacidade de racionalizar os comportamentos, a difusão das precauções sexuais é mais rápida quando o capital cultural dessa pessoa é elevado: ela coincide, como vimos mais acima, com as oportunidades de acesso a uma homossexualidade livre, também elas dependentes do capital cultural. Essa ligação toma forma na distinção entre as precauções que visam à diminuição das situações de exposição (redução do número dos parceiros, diminuição da freqüentação das saunas e das salas reservadas dos bares) e aquelas, consideradas mais eficazes, que interrompem a transmissão do vírus (preservativo, abandono da penetração). O modo diferencial de difusão destas últimas é ainda mais acentuado: envolvendo uma interação, e não uma decisão solitária, são mais difíceis de ser colocadas em prática. Exigem não só que o sujeito esteja convencido de sua necessidade, mas que saiba convencer outros dela, isto é, que possa empenhar toda a sua imagem e assim expor-se à possibilidade de uma rejeição sexual e afetiva ou à desconfiança de estar contaminado.

Além da informação e da confiança na informação, a relação com a homossexualidade continua sendo um elemento determinante. Mesmo nas condições econômicas e culturais mais favoráveis, só são capazes de atitudes racionais diante do risco aqueles que, em suas relações sexuais, dominam o "ato", domínio entendido como capacidade de orientar e de controlar o desenrolar do jogo sexual até sua conclusão no orgasmo, sem se deixar "levar" por seus desejos e pelas representações imaginárias e simbólicas que se associam com a habilidade sexual. Muito poderosas, essas representações opõem, por exemplo, a concepção de uma sexualidade "natural" e "sadia" a todo uso de objeto estranho, como o preservativo, que venha estragar os jogos amorosos. "Natural", aqui, devendo ser entendido como a soma dos hábitos que condicionam um sujeito a tal ponto que a ruptura destes é experimentada como uma ruptura consigo mesmo e, por extensão, com a ordem da natureza em geral.

São freqüentes as seguintes alegações: *"Não consigo me acostumar. Não é natural. Essa borracha é desagradável. No máximo, talvez, para a penetração. Mas imagine só... chupar um pedaço de borracha."*

(Arquiteto, 29 anos.) *"As camisinhas... Tomo cuidado com o tipo de relação que tenho... Bom, para dizer a verdade, não uso camisinha. Existem outras maneiras de fazer, mais naturais, tirar antes da ejaculação."* (Adido comercial, 28 anos.)

Uma única experiência infeliz provoca uma rejeição definitiva: *"Estávamos na cama, e começamos a fazer umas coisas, e então, quando ele começou a me comer, eu lhe disse: 'Ponha a camisinha.' Comecei a chupá-lo com a camisinha. Foi absolutamente horrível, isto é, uma vez que se coloca o preservativo, não se pode fazer mais nada, a não ser a penetração. Isso tira absolutamente toda a liberdade de passagem entre a penetração, o antes e o durante, todo esse momento extremamente forte e voluptuoso... Obriga a colocar creme, ao passo que, quando não há preservativo, a saliva basta. Portanto, mais uma vez, é uma ruptura no que a gente está fazendo. E depois, não sei, tenho a impressão, para adotar uma linguagem figurada, que estão me enfiando um saco plástico no rabo... Fica faltando alguma coisa, alguma coisa que não é derramada, e é tanto de ordem psicológica quanto fisiológica."* (Professor, 36 anos.)

Entre os fatores que influem na gestão do risco de contágio, a idade ocupa lugar à parte. Quando a sexualidade deve ser dominada, perde seu caráter aventuroso, e a incerteza do risco impede que o indivíduo faça o que quer. Pouco numerosas abaixo de 25 anos, as precauções se limitavam, antes de 1986, na faixa de idade entre 30 e 34 anos, à diminuição do número de parceiros, ao abandono de certos lugares de paquera e da penetração. O preservativo era de uso comum no grupo de idade acima de 35 anos. Com a idade, aumentam igualmente as oportunidades de experiências de DST e, portanto, de contato mais regular com as instâncias médicas especializadas — um elemento suplementar de incitação às precauções.

Identificando-se com o modelo resultante da liberação dos anos 70, os jovens não suportam as restrições sexuais. Como formula um estudante de 19 anos: *"Há uma grande frustração. Há porém uma* espécie de modelo de relações sexuais *que a gente pode ter com alguém ou vários. O problema é que* inconscientemente *tento* me prender a esse

modelo. *A partir do momento em que aceitamos entrar plenamente na vida homossexual, há um fenômeno de identificação com o grupo, com seus modos sexuais e a vontade de afirmar-se sexualmente nesse grupo. E há então uma frustração, é preciso sempre tomar cuidado, e*, evidentemente, a transmissão do vírus é feita sempre nos momentos em que se corre o risco de perder o controle de si."

Comparam-se freqüentemente as precauções contra a transmissão do vírus à contracepção, pois trata-se, nos dois casos, de uma manipulação do desenrolar "natural" do ato sexual. Incomparáveis quanto aos seus resultados, gravidez seguida de nascimento ou de aborto ou morte eventual, essas situações se assemelham quanto à iniciativa do gesto preventivo. Nos dois casos, a falta de informação e o desconhecimento das técnicas de gestão do risco têm menos importância do que o hábito, esse princípio gerador das tendências, portanto da capacidade de "escolher" numa determinada situação. O indivíduo tem mais capacidade de tomar precauções quando se sente em perfeita segurança afetiva e sexual com o parceiro ou quando separou claramente a dimensão sexual da expectativa afetiva por ocasião de relações passageiras.

A atitude do homossexual seguro e tranqüilizador — aquele que, na paquera, dá sempre o primeiro passo e que afirma *"não sair mais sem pelo menos duas camisinhas no bolso"* — se opõe à atitude daquele que prefere deixar-se paquerar e que muitas vezes tem dificuldades em *"negociar"* a camisinha antes mesmo de lançar-se numa relação sexual, preferindo deixar indefinida a realização de suas boas intenções do "sexo sem risco". A atitude tímida diante das precauções sexuais, análoga à disposição de se deixar escolher, em lugar de escolher, esconde muitas vezes uma relação complicada com os próprios desejos, que se manifesta na dificuldade de falar de sua sexualidade. Esse mal-estar se traduz com freqüência numa incapacidade prática de tomar precauções: *"Evito a troca de fluidos corporais... bom, é preciso não engolir o esperma e se retirar a tempo."* (Técnico de Informática, 23 anos.)

A capacidade de iniciativa depende igualmente do grau de confiança dos parceiros. O conhecimento do parceiro facilita a comunicação e, portanto, a tomada de precauções, já que a colocação do preservativo

1986, havia o constrangimento banal de entrar numa farmácia, ponto de venda exclusivo dos preservativos. Para muitos ainda, esse gesto significa declarar: *"Sou bicha"*.

As relações que envolvem pouco os sentimentos ignoram essas reações. Assim, assistimos ao surgimento de atitudes "hiper-racionais" que utilizam a técnica do preservativo, sem renunciar nem à pluralidade dos parceiros, nem aos locais de prazer, como as saunas. Em geral, esses homens são homens casados em busca de aventuras e desejosos de evitar a sociabilidade homossexual, ou estudantes que moram com os pais e rejeitam, pelo menos temporariamente, qualquer relação afetiva de longa duração. Essa vontade de não envolver-se afetivamente favorece o surgimento de um código preciso. Quando se trata de *"dar umazinha"* acima de tudo, a angústia de eventual rejeição é menor do que por ocasião de encontros, mesmo passageiros, que suscitam esperanças e expectativas amorosas não-expressas. Essa abordagem "hiper-racional" continua porém minoritária, mesmo nos grupos em que se manifesta claramente.

A integração das precauções sexuais é comum entre os homossexuais que vivem como "casal aberto" e possuem inúmeros parceiros. É compreensível que a difusão das precauções tenha tido origem no meio dos homossexuais capazes de fazer dela um tema de decisão comum e preparados para suportar os fracassos amorosos sem muitas feridas narcísicas. Motivados pela consciência de agir igualmente no interesse do parceiro, conseguem fazer valer seu interesse comum de saúde nas relações "extraconjugais". Porque se impõem uma disciplina rigorosa (o preservativo) nas relações extraconjugais, os parceiros desses "casais abertos" continuam muitas vezes entre aqueles que fazem amor sem precauções. Sinônimos de fortaleza contra os riscos provenientes de fora, as precauções sexuais só fazem consolidar a configuração psicológica que tradicionalmente subjaz a esse estilo de vida. Reciprocamente, os dois parceiros se concedem uma liberdade vigiada, extraída de um contrato tácito de confiança. De acordo com este, as relações externas são toleradas, desde que sejam limitadas à sexualidade e que se respeite

o privilégio afetivo concedido ao parceiro. As relações externas, mais efêmeras, devem ser geridas de modo a não invadir o casal e a não colocar em questão sua condição privilegiada. A fronteira frágil e móvel entre gestos afetivos e sexuais concedidos fora e dentro do casal se vê reforçada a partir do momento em que a sexualidade extraconjugal sofre certos entraves e a liberdade sexual, reservada, assim como a afetividade, à relação conjugal, tende a realçar ainda mais sua posição.

No entanto, mesmo no subgrupo mais predisposto ao cálculo racional e mais livre em suas escolhas, observam-se resistências à adoção de práticas racionais diante do risco. Basta ler a análise weberiana da racionalidade para perceber que a distribuição muito desigual das precauções no seio desse subgrupo, e sua continuidade aleatória, provêm do fato de que essa atitude coloca em concorrência vários fins: "Age de modo racional em finalidade aquele que orienta sua atividade de acordo com os fins, meios e conseqüências secundárias e que ao mesmo tempo confronta racionalmente os meios e o fim, o fim e as conseqüências secundárias e, finalmente, os diversos fins possíveis entre si."[16]

Em sua análise da ação social, Max Weber opõe à racionalidade em finalidade a ação resultante das tradições e aquela que obedece a uma racionalidade em valores, referindo-se a primeira ao hábito e à continuidade das relações sociais, a segunda à crença na validade de valores profundamente arraigados, mais freqüentemente de ordem religiosa. Parte da recusa ou da dificuldade dos homossexuais em modificar seus comportamentos sexuais pode ser atribuída a uma ou outra dessas lógicas. Do mesmo modo, a incoerência e a falta de continuidade na prática das precauções provêm da necessidade de conciliar três registros de ação diferentes ou de estabelecer um compromisso entre eles. E se, em 1987, mais de 60% dos homossexuais utilizam preservativos, a metade o faz somente "de vez em quando" ou "muito raramente".

A defesa de certa auto-imagem, de certos valores forjados ao longo de uma vida homossexual, pode, por exemplo, opor-se às precauções sexuais. Alguns meses após ter sabido do resultado positivo do exame, um funcionário de cerca de 30 anos resume assim seu sentimento:

"Diante da doença, estou sereno; diante do prazer, nem um

pouco... Agora me vejo novamente confrontado, na minha cabeça, com alguma coisa que diz: você se deixa enrabar, e isso não se faz! *E essa alguma coisa que diz isso é imediatamente varrida pelo prazer.* Meu prazer é ter eternamente a impressão de varrer a educação que tive, de ser mais forte, de ser capaz de traçar meu caminho, está ligado a esses instantes frágeis de transição, em que não se sabe muito bem o que vai acontecer. *Toda vez é como uma defloração, é excitante, e, é claro, acontece na cabeça. O preservativo* rompe absolutamente tudo o que pode haver de simbólico e de muito belo na penetração. *Trepar com camisinha equivale, para mim, a um momento desagradável. O equilíbrio sexual me parece muito importante nesse momento, prefiro assumir esse risco e não usar preservativo. Pois não consigo imaginar uma sexualidade sem penetração."*

Esses valores decorrem da transformação do estigma em identidade reivindicada, e da valorização correspondente dos atos de transgressão que podem levar a identificar parcialmente o destino homossexual com a morte trazida pela AIDS. Em certos casos, esse fenômeno assume a forma de identificação com uma pessoa contaminada e é acompanhado do desejo de compartilhar sua sorte. Freqüentemente expresso por casais por ocasião de um ato sexual ou em momentos de grande emoção, esse desejo pode levar à decisão comum, perfeitamente consciente, de não tomar precauções, apesar dos riscos de contaminação e de recontaminação. Assim, pode-se encontrar uma imbricação entre a busca homossexual e a da AIDS e da morte como última transgressão. Mas só é capaz de permitir essa transgressão aquele que é portador do vírus e que, conhecendo a angústia real da morte, recusa-se a prestar-se a esse jogo da transgressão.

Um professor de 43 anos exprime isso da seguinte maneira: *"As pessoas são bem estranhas. Um rapaz que eu conhecia veio a minha casa. Queria absolutamente fazer amor comigo, sabendo muito bem que tenho AIDS. Não consegui entender, embora isso me tenha interessado muito... mas não aceitei; moralmente, não aceitei."*

A difusão das preocupações esbarra, portanto, em dois limites de origem diferente, nos quais sobressai a relação com o futuro. O fato de

tomar precauções e comportar-se de modo previdente está intimamente ligado ao hábito e/ou à vontade de prever e projetar um futuro. Esse hábito tem poucas chances de se desenvolver em condições materiais e culturais que favorecem a vida diariamente. A vontade de prever, por outro lado, é contrária a certos condicionamentos psicológicos extremos, engendrados pelo sentimento de exclusão social.

Num primeiro momento, a difusão das precauções seguiu, em sua lógica social, a do vírus. Mas essa coincidência resultou menos de uma relação causal entre o grau de exposição, a tomada de consciência e a mudança de práticas do que de um conjunto de fatores que faziam com que os primeiros homossexuais acometidos ou confrontados diretamente com doentes dispusessem, no seio da população homossexual, de melhores condições para se mostrarem capazes de enfrentar o risco: por sua educação e portanto sua proximidade com a medicina, mas também pela aceitação social de que se beneficiavam. Essa coincidência, sem dúvida alguma, atenuou os fenômenos de rejeição e de segregação, sem porém evitá-los.

A lógica de circulação do vírus em redes e em relés começou por fazer da AIDS, como vimos, uma doença das classes médias urbanas com capital cultural e informacional elevado. A lógica de difusão das precauções fez com que essas mesmas categorias fossem as mais prontas a se proteger.

Em 1987, 42% dos executivos e profissionais liberais reduziram o número dos parceiros sexuais, 32% utilizam preservativos regularmente e 26% irregularmente. Esses números se elevam respectivamente a 25%, 18% e 32% no caso dos operários. Se acrescentamos, em cada categoria, aqueles que não praticam a penetração àqueles que a abandonaram ou que se protegem regularmente com preservativos, chegamos nessas duas categorias socioprofissionais mais opostas a 14% de executivos, mas a 58% de operários, que têm, ainda em 1987, práticas de alto risco. Os jovens com menos de 25 anos são o outro grupo que tem dificuldade em incorporar aos seus hábitos os cânones do *safer sex*.

A reação ao risco, adiada nas classes populares, faz com que os grupos da população homossexual atingidos pela doença estejam deslo-

cando-se das classes superiores e médias para as classes populares. Esse fenômeno é mais acentuado ainda nos Estados Unidos, onde as minorias étnicas (negras e hispânicas) tendem a avançar nas estatísticas epidemiológicas mais rapidamente do que a população branca, acarretando uma modificação da relação estatística entre categorias dominantes e dominadas.[17]

As transformações provocadas pelo risco e pelo medo da contaminação e da doença se estendem, porém, bem além do comportamento sexual e referem-se a uma higiene de vida que luta contra todas as formas de debilitação física e imunitária. Essas medidas de higiene têm por denominador comum a busca da regularidade e da continuidade no modo de vida (sono, alimento, práticas esportivas, etc.). Elas tendem a estender-se igualmente à organização da vida afetiva e social.

Preservando as conquistas da liberalização, a "saída de cartaz" e a possibilidade de se mostrar em pleno dia os homossexuais são levados a retirar do sexo o caráter sagrado que lhe atribuíram quando finalmente puderam deixar a clandestinidade social. Longe de marcar um retorno ao moralismo, essa dessacralização os leva a dar mais valor à vida afetiva e à estabilidade. Daí uma redefinição das mudanças sociais desejadas por muitos deles. Uma vez satisfeita a reivindicação do direito de escolher livremente o parceiro sexual, observamos o aumento de reivindicações que dizem respeito ao reconhecimento social da homossexualidade, condição da continuidade das relações afetivas que possibilitam a vida em concubinato ou a adoção de crianças. Mais do que a uma adaptação das práticas sexuais ao risco de contágio, assiste-se a uma verdadeira reconstrução das relações sociais, a uma modificação das identidades sociais, da vida cotidiana, das imagens e das referências homossexuais.

A princípio a crise de identidade desencadeada pela AIDS conduz a soluções individuais, indo de um distanciamento a novas formas de engajamento e de militância, passando por fenômenos de dessolidarização e de auto-isolamento. Pouco a pouco, elas engendram novas formas de sociabilidade através de um trabalho de redefinição coletiva dos modelos e das referências homossexuais.

As ordens de uma vida sexual de menor risco, difundidas por dezenas de milhares de exemplares de folhetos ou pela imprensa, dão a entender que mudanças ínfimas de comportamento bastariam para reduzir os riscos a quase nada. Nesse contexto, o preservativo, meio de contracepção desusado, torna-se o objeto-chave de toda a política de prevenção das DST e mais particularmente da AIDS, sendo que certos propagandistas do *safer sex* chegam ao ponto de descobrir nele uma nova fonte de prazeres. Um estudo provaria que, *"contrariando todas as expectativas, as pessoas que usam camisinha não conseguem mais deixar de usá-la ao fim de determinado tempo"*. (*Libération*, 25-7-1986, p. 13.)

Reforçando, segundo a ortodoxia da sexologia behaviorista, o imperativo categórico do "direito ao orgasmo", os adeptos mais radicais do *safer sex*, como certos sexólogos, estabelecem uma equivalência simplista entre todos os caminhos que conduzem ao orgasmo.

O otimismo pedagógico ilimitado das campanhas americanas em favor do *safer sex* prefigura uma modalidade de discurso que, em geral, só é adotada na Europa após uma reflexão madura. Essas campanhas falam das práticas sexuais como de um *look* indumentário, em termos de *in* ou *out*. Assiste-se a uma redefinição completa de práticas "valorizadas" ou "depreciadas". Aquelas que, além do orgasmo, simbolizam uma proximidade afetiva são associadas ao perigo e desaconselhadas. Mesmo executadas com preservativo, a felação e a penetração são julgadas apenas "razoavelmente seguras".[18] Em compensação, são fortemente valorizadas práticas até então consideradas "perversas" pela psiquiatria e pela psicanálise, como marcas de déficits psíquicos, de angústia nas relações afetivas íntimas e de incapacidade de estabelecer e manter relações com o outro.

Por não envolverem trocas de fluidos corporais, a masturbação individual e coletiva, o voyeurismo e o exibicionismo, bem como certas práticas sadomasoquistas, são assim livrados de sua conotação "perversa". Nas revistas americanas multiplicam-se os anúncios que convidam para noites insólitas de *masturbation artists*. Na França, desde

o final de 1986, multiplicam-se grupos de encontro de *safer sex* criados em Paris pela associação "Saúde e Prazer *Gais*". Essa prática coletiva, utilizando o exibicionismo e o voyeurismo, renova a ritualização coletiva da sexualidade observada em certas formas de paquera homossexual dos anos 70. Mas, ao contrário das orgias tradicionais — de conotação religiosa de transgressão —, a ritualização do *safer sex* é acompanhada da dessacralização do sexo. Desenvolvido pela consciência do risco, o *safer sex* introduz o conceito de prudência.[19] A luz plena substituiu o claro-escuro e o negro. Essa ambiência que pode satisfazer fantasmas limita sua expressão física às carícias e à masturbação coletiva. Ela já não permite praticamente aos amantes "lançarem-se em órbita" nas esferas celestes do sexo divinizado.

Em todas as suas formas, o *safer sex* teria a tendência a trazer os amantes de volta "à terra", e isso de modo literal, quando a colocação do preservativo, por exemplo, os faz perder a ereção. A expansão dos serviços heterossexuais e homossexuais contratados por telefone, essa nova forma de paquera pelo minitel [Pequeno terminal de consulta de bancos de dados comercializado pelos Correios. (N. da Trad.)], mistura à preocupação higiênica o prazer de brincar com objetos tecnológicos novos.

Muito mais do que um ato de curiosidade ou de excitação, o *sex over the telephone* torna-se para alguns o ponto de partida de uma busca espiritual; o paraíso terrestre do sexo (salas reservadas de bares ou saunas) se transforma em experiência mental: *Agora procuro um tipo de sexualidade baseado em* algo diferente do encontro físico, *por exemplo* a masturbação mútua por telefone ou carta. *Agora enxergo melhor, mas no início eu não sabia muito bem*. Dissocio a sexualidade, *e fiz de certo modo uma* espécie de nova subida de órgãos, pus meu sexo na cabeça. *É por isso que já não tenho muitas aventuras. Atravesso um período em que de qualquer modo minha sexualidade é mais fantasiosa do que vivida. E tenho muito menos necessidade de vivê-la na realidade do que por outros meios. Pus meu sexo na cabeça*. Seja como for, atravesso um período de intelectualização da sexualidade. *Não há absolutamente redução do desejo, mas há menos necessidade de realização física*. Meu mundo imaginado substituiu perfeitamente meu mundo real." (Bailarino, 33 anos.)

O único ato propriamente sexual mantido é a masturbação, prática satisfatória, na medida em que se alimenta de fantasia: *"Concretamente... só há um negócio, uma única prática que existe, que sempre existiu e que não deixa ninguém surdo nem cego, é a masturbação.* Bem, é uma sexualidade física, mas que ainda assim está totalmente na cabeça, na imaginação, mesmo quando a gente se masturba. A masturbação *está obrigatoriamente ligada à cabeça."* (Professor, 24 anos.)

Fiel a sua atitude, o grupo de *rock Village Peoples* dedicou uma de suas canções ao *sex over the telephone*, na qual prega nova moda homossexual, na linha de suas canções de conotação *gay* dos anos 70. Longe de favorecer um retorno à moral tradicional, a argumentação em torno das precauções sexuais reforça na verdade as tendências libertárias dos últimos 30 anos, algumas delas sujeitas a uma lógica racional que institui o orgasmo como elemento de medida. A difusão progressiva de comportamentos que sigam os cânones do *safer sex* aumentará a racionalização do ato sexual acrescentando um cálculo do risco ao cálculo do prazer. Nesse sentido, as "interdições" do *safer sex* estimularão a busca de novos prazeres, como fizeram em sua época as regras da confissão, tal como mostrou tão bem Michel Foucault.[20]

Mas, consentidas sob coerção, essas mudanças não podem fazer esquecer a espontaneidade e as facilidades dos prazeres perdidos. Fruto da renúncia e do autocontrole, o novo código amoroso em processo de elaboração será ainda por muito tempo comparado ao curto período de liberdade dos anos 70, marcado ao mesmo tempo pelo desabrochar sexual e pela maior afirmação social da homossexualidade.

Se uma minoria ínfima de apenas 3% se refugia na castidade, e 13% na recusa obstinada de qualquer mudança, a libertinagem pós-AIDS, sob a forma de clubes de masturbação, atrai essencialmente os homossexuais mais engajados já anteriormente nas formas de sexualidade coletivas e ritualizadas, um quarto da população procedente majoritariamente das classes médias urbanas. Outros, mais convencionais, se recolhem, reduzem bastante o número dos parceiros e limitam-se à masturbação recíproca. A pornografia, revistas e fitas cassetes, mas também o jogo de fantasias pelo minitel ou por telefone, se apresentam

às vezes como apoio. Desde 1986 observa-se igualmente um aumento dos valores de fidelidade e do desejo de ver legalmente reconhecido o casal *gay*. O número daqueles que vivem como casal fechado passou, entre 1985 e 1987, de 10% a 18%. Em quase todos esses casos, o recolhimento e a concentração numa relação de casal constituem uma ruptura com uma vida sexual mais livre e expandida. O sentimento de insatisfação é quase inevitável e remete ao problema levantado por Freud no texto citado como introdução: a autocensura sexual para se proteger contra uma doença venérea não corre o risco de provocar um aumento dos distúrbios psíquicos, esse avesso de toda frustração sexual?

Mesmo no caso de uma reconversão bem-sucedida às novas formas de sexualidade, a dissociação, sentida por muitos, entre o ato sexual e seu significado emocional nas diferentes formas de *safer sex* constitui grande obstáculo a sua generalização. Apesar de todos os esforços, é provável que o risco nunca possa ser perfeitamente "evitado" ou "eliminado". O *"Eu desabei"* lapidar traduz a que ponto a gestão do risco de transmissão sexual se apóia em disposições mais duráveis de uma pessoa, em sua maior ou menor capacidade de mudar. Ela esbarra nos limites do autocontrole, que, como vimos, não dependem apenas do grau de informação. A pressão moral inerente a uma busca de respeitabilidade acrescenta outros problemas. Em tempos de AIDS, essa busca assume a forma da auto-apresentação coletiva dos homossexuais como um grupo que dá provas de seu senso de responsabilidade diante da AIDS. A incapacidade individual de conformar-se ao *safer sex* alçado a nova ética coletiva pode deixar o indivíduo de consciência pesada e criar um sentimento de culpa. Refugiar-se num "dizer" em ruptura com seu "fazer" é a forma de hipocrisia da época da AIDS.

[1] Na abundante bibliografia sobre a avaliação, a percepção e a gestão dos riscos, ver mais particularmente os seguintes livros que apresentam fatores culturais: M. Douglas e A. Wildawsky, *Risk and culture*, Berkeley, Univ. of California Press, 1982; M. Thompson e A. Wildawsky, "A proposal to create a cultural theory of risk", *in* H. Kuhnreuther e E. Ley (orgs.), *The risk analysis controversy*, Berlim, Springer, 1982; Ch. Lefaure e J. P. Moatti, "Les ambiguïtés de l'acceptable", *Culture Technique*, 11, 1983, p. 11-23.

[2] No II Congresso Internacional sobre a AIDS, realizado no mês de junho de 1986 em Paris, mais de uma centena de pesquisas semelhantes foram objeto de comunicações.

[3] M. Pollak, M. A. Schiltz e L. Laurindo, em "Les homosexuels face à l'épidémie du sida", *Revue d'Epidémiologie e de Santé Publique*, 34, 1986, p. 143 ss., apresentam de modo detalhado os dados dessa pesquisa a respeito das DST.

[4] Cf. F. Hatton, P. Maguin, V. Nicaud e G. Renaud, "Mortalité par sida en France"; J. B. Brunet, R. Ancelle e G. Foulon, "La surveillance du sida en Europe", *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 34, 1986, p. 134 ss. e 126 ss.; A. Messiah, M. Pollak, A. Laporte e J. B. Brunet, "From Paris middle classes to small towns and blue collar workers: sociodemographic trends of AIDS epidemic among french homosexual men", comunicação apresentada na IV Conferência Internacional sobre a AIDS, Estocolmo, junho de 1988.

[5] C. Herzlich e J. Pierret, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Paris, Payot, 1984, p. 209.

[6] Quanto ao problema da neutralidade terapêutica, ver: T. Parsons, *Eléments pour une sociologie de l'action*, Paris, Plon, 1955, p. 197-238; E. Freidson, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1985.

[7] B. Fischhoff, S. Lichtenstein, P. Slovic, S. L. Derby e R. L. Keeney, *Acceptable risk*, Nova York, Cambridge University Press, 1981.

[8] P. F. Lazarsfeld e H. Menzel, "Mass media and personal influence",

in W. Schramm (org.), *The science of mass communication*, Nova York, Basic Books, 1963, p. 1-10.

[9] M. Pollak, M. A. Schiltz e B. Lejeune, "Les homosexuels face au sidas", *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 1, 1988, p. 2-3.

[10] P. Bourdieu, *La distinction, op. cit.*, p. 157.

[11] W. Ackermann, R. Dulong e H.-P. Jeudy, *Imaginaires de l'insécurité*, Paris, Méridiens, 1983.

[12] H. Lagrange, "Réponses à l'insécurité". Análise secundária de uma pesquisa realizada a pedido do Comitê de Estudo sobre a Violência, Relatório de pesquisa intermediária, Grenoble, IEP 1985, mimeografado, p. 29.

[13] E. Goffman designa por "desidentificação" o fato de se fazer passar pelo que não se é. E. Goffman, *op. cit.*, p. 60-1.

[14] Quanto ao trabalho de transformação de causas particulares em causas gerais, ver: L. Boltanski, com Y. Darré e M. A. Schiltz, "La dénonciation", *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 51, março de 1984.

[15] M. Weber, *Economie et société*, Paris, Plon, 1971, p. 22-3.

[16] Ibid.

[17] "New York: les cibles du sida", *Le Monde*, 18 de março de 1987.

[18] Ver as ordens de *safer sex* em todos os folhetos distribuídos pela AIDS Foundation de São Francisco e pelo Gay Men Health Crisis de Nova York.

[19] Cf. G. Ménard, "L'homosexualité, entre le mythe et la morale", *Sociétés*, 17, 1988, p. 30-2.

[20] M. Foucault, *La volonté de savoir. Histoire de la sexualité* (tomo 1), Paris, Gallimard, 1976, p. 50 ss.

3

A EXPERIÊNCIA DA DOENÇA

"Que diferença do tratamento reservado, em tempos comuns, aos doentes, que parentes, médicos e padres cercam com seus cuidados diligentes! Em período de epidemia, ao contrário, os parentes se afastam, os médicos não tocam nos contagiosos, ou quando o fazem é o mínimo possível ou com uma varinha; os cirurgiões só operam com luvas; os enfermeiros depositam à distância de um braço do doente, alimento, medicamentos e curativos. Todos aqueles que se aproximam dos pestíferos borrifam-se com vinagre, perfumam suas roupas, em caso de necessidade usam máscaras; perto deles, evitam engolir a própria saliva ou respirar pela boca. Os padres dão de longe a absolvição e distribuem a comunhão por meio de uma espátula de prata presa a uma varinha que pode ultrapassar um metro. Assim, as relações humanas são totalmente modificadas: é no momento em que a necessidade dos outros se torna mais imperiosa — e em que, normalmente, se encarregavam de você — que agora eles o abandonam. O tempo da peste é o tempo da solidão forçada."

Jean Delumeau, *La peur en Occident*,
Paris, Fayard, 1978, p. 152-3.

O choque da soropositividade

Muitos médicos são reticentes quanto ao exame de detecção da doença na ausência de sinais clínicos. Invocando as conseqüências psicológicas da descoberta da soropositividade, confessam implicitamente os problemas que apresenta para a prática médica a defasagem entre grandes capacidades diagnósticas e a ausência de terapias eficazes. Contudo, o sentimento individual de incerteza resultante da informação (ou do boato) sobre a forte incidência da doença na população homossexual das grandes cidades leva a recorrer ao exame. Assiste-se, assim, à emergência de grande número de pacientes que se fazem acom-

panhar, quase todos, por um especialista, de preferência num centro hospitalar. Nem "sãos", nem "doentes", a evolução de seu estado permanece imprevisível.

A vontade de saber e a capacidade de assumir a descoberta da doença são mais fortes entre os homossexuais mais declarados (e provavelmente os mais atingidos). O medo de ver sua homossexualidade trazida aos olhos de todos leva alguns a recusar todo controle médico, mesmo na presença de sintomas inquietantes. Em casos extremos, os distúrbios de identidade homossexual podem conduzir ao abandono de si: a desidentificação leva então ao desespero e ao suicídio; ou a uma de suas formas disfarçadas, a negligência, sinônimo de "deixar-se morrer".

Este relato de um rapaz que aos 16 anos deixou a casa dos pais mostra o quanto a homossexualidade vivida como uma tara pode dificultar o acompanhamento médico. Os pensamentos suicidas, expressão limite da angústia, se transformam em vontade de sobrevivência a partir do momento em que o contato positivo com o médico atenua a vergonha da homossexualidade e da doença. Felizmente pouco freqüente, esse caso de figura se encontra entre homossexuais jovens, pouco experientes e desprovidos dos recursos necessários para enfrentar situação tão dramática:

"*Com meus amigos,* nunca falamos sobre isso. *Mas estávamos todos* em pânico, num pânico terrível... *É claro que nunca ia querer imaginar que eu mesmo poderia pegar a doença. E depois, com essa doença...* eu sabia que ia me suicidar. *Por volta do mês de setembro, tive gânglios. Então procurei um médico, fiz uma porção de exames, mas não aquele . Perto do Natal, eu estava muito, muito cansado. Mas não pensei mais a esse respeito, e também já não estava com vontade de procurar um médico. Em fevereiro, descobri manchas violeta nos braços. Mas aí me recusei de verdade, não podia mais pensar sobre o assunto e imaginar isso. Depois, tive problemas de vez em quando andando. E finalmente me ergueram no metrô, na plataforma. Eu tinha perdido a consciência e caído. Fui hospitalizado às pressas. E aqui constataram que tenho Karposi, AIDS. Os médicos aqui são fantásticos.* Lá fora eu tinha tanta vergonha de poder ter isso que só conseguia pen-

sar em suicídio. *Mas agora começo a me recuperar, me trataram com sulfamina, e além do mais, com o pessoal aqui, a gente não precisa ter vergonha da homossexualidade. E eu quero realmente ficar bom."* (Funcionário desempregado, 25 anos.)

Inquieto e, segundo certos médicos, "superinformado", o homossexual observa escrupulosamente seu estado de saúde, reduzindo toda "anomalia" à eventualidade da AIDS. Atribuindo a sintomas menores uma importância crucial, ele tende a estabelecer antecipadamente, às vezes com correção, um diagnóstico que médicos clínicos gerais ou mesmo especialistas não previam, assim como ignoram que seu paciente pertence a um "grupo de risco". Ainda hoje, e apesar dos grandes esforços de informação realizados pelo Ministério da Saúde e pela associação AIDES junto a clínicos gerais e outros profissionais de saúde, o estado dos conhecimentos das profissões médicas reflete com freqüência aquele veiculado pela grande imprensa.

Em mais de cem pacientes (soropositivos, ARC, AIDS) em consulta no início de 1986 num serviço do hospital Pitié-Salpêtrière, mais de 10% afirmam ter conhecido seu diagnóstico antes que um médico o estabelecesse, e mais da metade afirma ter sofrido de problemas de saúde inexplicados num período médio de pelo menos 13 meses. Se, uma em cada cinco vezes, o paciente por negligência não consultou um médico, uma em cada cinco vezes foi o médico consultado que não levou a coisa a sério; uma em cada cinco vezes também, exames e consultas múltiplos não puderam estabelecer o diagnóstico. Pacientes em número considerável vivem, portanto, com o pressentimento de estarem contaminados com o HIV antes que este seja diagnosticado.

Fazer aceitar e confirmar um "autodiagnóstico" de síndromes associadas à infecção pelo HIV assemelha-se às vezes a uma corrida de obstáculos, na qual o paciente tenta, indiretamente, comunicar ao médico, ao mesmo tempo, sua homossexualidade, suas preocupações e seu desejo de realizar exames e testes. O paciente corre o risco de se ver rejeitado por médicos que têm dificuldade em suportar esse paciente que dá lições, colocando em questão sua competência. A duração do percurso pode resultar igualmente de uma interpretação limitada ou

falsa de certos sinais clínicos, seja porque o clínico geral não está bem informado sobre a doença, seja porque não consegue imaginar o paciente diante dele exposto ao vírus HIV.

"Sou casado e tenho dois filhos. Quando tive problemas de pele, meu clínico geral me prescreveu um creme sem nenhum efeito. Mesmo quando me queixei de grande cansaço, ele não descobriu nada. Acho que simplesmente não lhe passava pela cabeça que eu podia pegar AIDS. *Ele não conhecia minha vida e eu não lhe disse nada. Quando não se é* suspeito de ser bicha ou viciado, *simplesmente não se tem* o direito de ter AIDS." (Comerciante, 44 anos.)

A identificação do médico com o destino homossexual de seu paciente também pode provocar o rechaço da doença e dificultar um diagnóstico precoce. Nas entrevistas realizadas no final de 1985 e início de 1986, vários soropositivos e doentes acusaram, muitas vezes nominalmente e com violência, médicos e às vezes médicos *gays,* de os terem *"feito perder tempo",* de não os terem advertido *"detalhadamente das precauções a serem tomadas sobretudo com outros soropositivos",* até mesmo de terem sido *"criminosos em sua negligência".* Entrevistados nessa época, médicos *gays,* na verdade reticentes em relação à prescrição do exame na ausência de sinais clínicos, tiveram a tendência a subestimar o alcance de certos sintomas. Tornando-os testemunhas e atores de um drama, o avanço da doença levou-os a participar da batalha da prevenção e dos cuidados.

Diante do resultado positivo de um exame, o médico e os assistentes enfrentam a tarefa de informar e de aconselhar o paciente sobre a higiene sexual necessária e sobre o acompanhamento médico. O resultado fatal associado a essa doença faz prever um choque, angústias e depressões, que podem durar meses e às vezes exigem a intervenção de psiquiatras ou de psicoterapeutas. Mesmo na ausência dessas reações, o choque se traduz, em quase todos os casos, por profundo corte da vida sexual, que pode ocasionar abstinência total durante três a nove meses, antes da retomada de uma vida sexual limitada e associada a precauções indispensáveis para proteger os outros do vírus e a si mesmo dos efeitos imunodepressivos de qualquer outra contaminação.

A imagem freqüentemente empregada de *"bomba-relógio"* resume as contradições nas quais a soropositividade coloca o indivíduo. Embora 90% dos homossexuais conheçam o significado do exame (isto é, que ele detecta, não o vírus ou a doença, mas os anticorpos que indicam que a pessoa esteve em contato com o vírus), os soropositivos vivem constantemente com o sentimento duplo de não pertencerem à categoria dos doentes, embora possam passar a integrá-la a qualquer momento.

A *bomba-relógio* refere-se igualmente ao poder de "passar" o vírus. Essa idéia não é estranha aos sentimentos de injustiça — "por que eu?" —, e aos desejos de desforra sem objeto preciso. Contrair uma DST num local público, com parceiros anônimos, pode provocar o desejo de "passá-la" a outra pessoa. Mais comum no caso de DST curáveis, tais como a blenorragia e a sífilis, essa reação é extremamente rara no caso da AIDS, em que o risco de vida e de morte impede reações tão primárias.

Alguns soropositivos se recusam a mudar seus hábitos, invocando a responsabilidade individual: *"Parto do princípio de que aquele que vai a um lugar de aliciação, quer se trate de sala reservada de bar, sauna ou parque, assume suas responsabilidades. Se vão lá, sabem que há riscos. Se não querem assumir riscos, que se dirijam a outro lugar."* (Funcionário, 38 anos.) Chamados no jargão *gay* de "camicases do sexo", esses casos de soropositivos ou de doentes são extremamente raros. Segundo nossa pesquisa, em 104 pessoas que se sabiam contaminadas, somente duas tiveram relações não-protegidas.

A extensão da doença e o contato cada vez mais freqüente com pacientes fizeram com que os médicos tomassem consciência do trauma, às vezes profundo e permanente, causado pelo diagnóstico. Tiveram de se adaptar à desconfiança e à suscetibilidade de certos homossexuais. As precauções tomadas visam tanto desculpabilizar o homossexual quanto desdramatizar a doença e promover a esperança, esse recurso tão pouco definível mas indispensável à luta contra eventual agravamento.

Por ocasião da consulta que revela o diagnóstico, o paciente geralmente é submetido a um interrogatório sobre suas práticas sexuais, no

contexto de pesquisas epidemiológicas ou, no momento de uma AIDS revelada, dos formulários da declaração anônima à Direção Geral da Saúde. Às vezes esse interrogatório vem entravar uma vontade de desculpabilizar e de desdramatizar. Por outro lado, a preocupação de certos médicos em desculpabilizar a qualquer preço seus pacientes livres de culpa trai seu próprio constrangimento, cria um embaraço que não existia, ou faz o paciente rir de tantos rodeios psicológicos.

Vemos o quanto essas consultas se assemelham às "situações sociais mistas que tendem a produzir interações variáveis e angustiadas", nas quais "o problema já não é tanto saber lidar com a tensão engendrada pelas relações sociais (médico-paciente), mas saber manipular a informação referente à deficiência".[1] Esse problema não se apresenta somente por ocasião do primeiro diagnóstico, mas a cada etapa da infecção, desde a simples soropositividade até a AIDS confirmada, visto que o médico ignora se tal "etapa" produzirá ou não a "seguinte". A nomenclatura dos diagnósticos — "soropositividade", "linfadenopatia", "ARC" e "AIDS" — confirma: todas essas categorias se referem, ao mesmo tempo, a etapas cronológicas de evolução da infecção pelo HIV e a um conjunto de sintomas que classificam um indivíduo numa categoria relativamente estanque, não permitindo prever a seqüência de sua evolução. Deve-se expor ou não o paciente a todas as eventualidades? Deve-se comunicar-lhe um agravamento, perceptível nos exames biológicos mas não associado a nenhum sinal clínico evidente?

Um contrato de confiança

"Devo confessar-lhes que minha vida foi um inferno, que o pensamento da morte nos meus doentes sempre me foi insuportável, sobretudo quando ele se introduz entre as duas grandes alegrias da existência, a de ser jovem e a de dar a vida."

Carta de Philippe-Ignace Semmelweis a
Markusovsky, citada por Louis-Ferdinand Céline,
Semmelweis (1818-1865), Paris, Gallimard, 1952, p. 81-2.

A comunicação do diagnóstico por parte do médico e sua aceitação por parte do paciente constituem a primeira etapa e a condição indispensável do acompanhamento médico. Nessa doença extremamente grave e contagiosa, a relação de confiança entre o médico e o paciente ultrapassa muito a relação terapêutica comum, cujos pré-requisitos são o renome do médico e sua aceitação da homossexualidade do paciente. Como no caso de outras doenças mortais, essa relação terapêutica é imediatamente carregada de parâmetros não-médicos.[2]

O diagnóstico assume o aspecto de um veredito e a consulta, o de um tribunal. Nessa luta travada em conjunto pela sobrevivência, o médico exerce simultaneamente o papel de juiz "objetivo" e o de cúmplice que deve fortalecer a coragem de seu paciente, em sentido oposto, às vezes, aos resultados das análises. À onipresença da morte o médico opõe, tal como exprime este chefe de serviço de um hospital parisiense, a esperança: *"Recuso-me* a gerir a morte... *Nosso maior êxito neste serviço é ter criado* uma atmosfera de esperança *que encoraja os pacientes a lutar."*

Essas duas frases ilustram cruamente as ambigüidades do trabalho do médico. Essa "recusa em gerir a morte" oposta a sua experiência cotidiana aplica-se igualmente ao trabalho que o médico realiza para suprimir ou atenuar a angústia dos pacientes, independentemente da gravidade do diagnóstico. Encorajando-os constantemente, deve encorajar a si mesmo diante de um sentimento de relativa impotência. É a razão pela qual os "êxitos" em seu serviço não se medem pelas taxas de melhora ou de mortalidade, mas pela atmosfera que souber criar para pacientes, colaboradores e para si mesmo. O estado psicológico dos pacientes, no caso da AIDS, é crucial não apenas para o bem-estar destes e sua reação fisiológica a eventuais tratamentos experimentais, mas também para o bom funcionamento do serviço no qual o(s) médico(s) assistente(s) serve(m)-se de suas próprias forças de esperança. Pois na vida cotidiana do hospital, a luta contra a AIDS assume muitas vezes aspectos bem desesperadores. "A atmosfera de esperança" de um serviço deve ser, portanto, compreendida na sua importância para todos os parceiros de uma interação terapêutica complexa.

No início da doença, a imagem triunfalista da ciência pôde canalizar todas as esperanças para os tratamentos então experimentados, a suramina ou a HPA 23. O desejo de estar entre os primeiros que se beneficiariam de um tratamento levava os doentes a aceitar de bom grado a condição de cobaia. Se conseguissem "agüentar alguns meses", poderiam ainda beneficiar-se de um remédio milagroso: é assim que se pode caracterizar seu estado de espírito. A chegada ao mercado do AZT, considerado mais eficaz, é acompanhada pelo aumento do ceticismo dos doentes conscientes tanto em relação aos efeitos colaterais quanto em relação às falhas desse medicamento. Estupefato, um médico de um hospital parisiense nos confidenciou: "Eu não entendo. Agora que temos realmente alguma coisa a oferecer-lhes, eles parecem menos satisfeitos do que antes." Paradoxalmente, os primeiros êxitos terapêuticos, afinal de contas muito relativos, em vez de facilitar o trabalho de esperança, vão torná-lo mais difícil, porque inserem-se na atmosfera de aumento do ceticismo.

Os primeiros doentes — homens jovens, de nível social e escolar elevado — facilitaram esse trabalho de esperança realizado em conjunto, por sua aceitação dos tratamentos experimentais, sua pontualidade nas consultas e nos tratamentos em ambulatório, em suma, por suas qualidades de "doentes exemplares".

Mas esses doentes exemplares ficam muito atentos ao respeito com que são tratados. Se sua situação os incita a buscar a experimentação e a servir de bom grado de "cobaias", precisam, porém, encontrar nos médicos tanto interesse por sua pessoa quanto por sua doença. Eis por que pudemos registrar em nossas entrevistas as reações muito vivas provocadas pelo anúncio dos "efeitos milagrosos da ciclosporina", experimentada por uma equipe do hospital Laënnec. Na verdade, pacientes tratados em outros serviços acusavam essa equipe de "sensacionalismo" e de "carreirismo". A causa dos protestos e da indignação era menos o medicamento em si e seus efeitos controversos do que a atitude adotada pelos médicos para recrutar pacientes.

Entrevistados por nós, alguns soropositivos desse serviço, sentiam-se desrespeitados e traídos, e denunciavam desconfiados o que

tinham percebido algumas semanas antes como uma acolhida calorosa e o privilégio de beneficiar-se de um tratamento promissor. Clínicos gerais *gays* também se lembram das visitas de um "professor de faculdade", que veio "recrutar nossos pacientes", "corromper a clientela", "servir-se dos bichas".

Essas reações mostram uma dupla ofensa. Se um tratamento experimental é aceito como um risco e uma esperança compartilhada pelo paciente e pelo médico, o anúncio pelos meios de comunicação de massa da experimentação do tratamento e, posteriormente, de seu fracasso constitui uma dupla ruptura desse contrato implícito, dando ao paciente o sentimento de que o médico, em busca de renome no meio científico e nos meios de comunicação faltou-lhe ao respeito e ganhou importância à sua custa. A essa humilhação junta-se a descoberta retrospectiva de que a "acolhida particularmente calorosa" pode ter sido apenas uma forma de cinismo profissional. Aumentando a concorrência entre equipes hospitalares, a multiplicação dos protocolos experimentais tornará mais provável ainda esse caso de figura.

Esse último ponto é mais importante porque se assistiu, no início da propagação da AIDS, a um fenômeno de escolha recíproca do médico pelos doentes, e vice-versa, fundada no critério de aceitação da homossexualidade. Não é de surpreender que, preocupados com seus pacientes e por convicções pessoais, vários médicos se tenham empenhado plenamente na estratégia de "desdramatização" da doença, de "desculpabilização" dos doentes e portanto, indiretamente, da homossexualidade.

As dimensões do acompanhamento médico

Uma vez iniciado, o acompanhamento médico consiste, para os soropositivos, em exames sorológicos e clínicos bimestrais, espaçados no tempo em caso de evolução favorável, e, para aqueles que sofrem de doenças oportunistas, em tratamentos em ambulatório ou períodos de hospitalização. O consentimento do paciente, por escrito, para qualquer

tratamento experimental ressalta o quanto a confiança é um pré-requisito de qualquer tratamento. Numa relação caracterizada por ser duradoura, o médico torna-se inevitavelmente o conselheiro nos problemas relativos à vida cotidiana, às relações com as administrações e a Previdência Social, os empregadores, a família e os amigos.

Antes de mais nada, ele deve explicar as precauções a serem tomadas para evitar a contaminação. Tudo o que, à primeira vista, pode parecer simples e claro — evitar o contato com o esperma e o sangue — já não o é para aqueles que, em virtude de seu diagnóstico, procuram conselhos extremamente exatos. É preciso comunicar o diagnóstico à Previdência Social, e com isso perder certas vantagens financeiras? São realmente estanques as fronteiras entre Previdência Social, medicina do trabalho e empregadores? Existem riscos de "fuga"? O que dizer a uma companhia de seguros que, no contexto de suas investigações sobre um futuro cliente, solicite um atestado de saúde? A resposta é muitas vezes decidida de comum acordo entre o médico e o paciente.

Esses problemas estritamente materiais são ainda mais importantes para aqueles que vêm do interior. No início de 1986, constituíam 16% dos pacientes tratados num serviço do hospital Pitié-Salpêtrière. As respostas do médico a essas perguntas práticas dependem do estágio da doença, implicando ou não licenças de trabalho de longa duração, hospitalização ou um tratamento cansativo e contínuo que não poderia passar despercebido aos olhos das pessoas que cercam o doente.

Gerir uma relação terapêutica repleta de tantos parâmetros não-médicos exige técnicas de comunicação variadas, indo da formalização a uma abordagem psicológica variável. A formalização consiste, por exemplo, para ganhar tempo e economizar a energia do médico, em substituir o diálogo pessoal por um texto escrito. Mas a abordagem personalizada, atenta ao estado psicológico do paciente, continua sendo indispensável.

A maior formalização é encontrada na recomendação das precauções sexuais. Assim, um centro profilático parisiense distribui aos pacientes, no resultado de um exame positivo, as páginas relativas às precauções sexuais extraídas de um folheto distribuído pelo Ministério

da Saúde junto aos clínicos gerais.[3] Certos médicos consideram que já não é necessário a partir de agora insistir nessas precauções sexuais, em virtude, dizem eles, do *"excelente trabalho realizado pela comunidade gay e pelas diferentes associações"*.

As entrevistas com homossexuais contaminados desmentem essa declaração. Se, de fato, os homossexuais são em geral bem informados sobre a questão, à medida que se passa do tema de conversa para a necessidade de uma colocação em prática observam-se mecanismos de defesa (até mesmo de recalque), que poderiam ser caracterizados — segundo a terminologia de Niklas Luhmann[4] — como "redução psicológica de uma complexidade" não-gerível, ou — por analogia com a de Erving Goffman — como técnicas de "desidentificação".

Essas técnicas se referem aos procedimentos mais ou menos conscientes de seleção de elementos de informação que um sujeito vai reorganizar em função da "utilidade" prática que lhes atribui, segundo sua capacidade de reorganizar suas relações sociais em conformidade com as conseqüências que julga dever tirar dessas informações. Assiste-se então a imprevisíveis "distorções" da mensagem inicial, às vezes nefastas de um ponto de vista médico, mas indispensáveis ao indivíduo que tenta, através delas, transpor o abismo entre a adaptação exigida dele e aquela de que é capaz. É reconhecer que o emissor da mensagem — aqui, o médico —, nunca estando certo da decodificação da informação e do uso que dela fará seu destinatário, deve, por conseguinte, retomar incansavelmente o trabalho de explicitação.

Um exemplo de "reordenação" da informação sobre as vias de transmissão, que no entanto tinha sido. transmitida claramente pelo médico, nos foi fornecido por um casal de dois rapazes com cerca de 20 anos. Segundo o médico, o primeiro, que fazia tratamento da AIDS, e seu amante, soronegativo na época, tinham sido bem informados das precauções indispensáveis. Ora, na entrevista, o rapaz em tratamento afirmava nunca tomar precauções com seu amante, segundo ele "inúteis", já que seu amigo estava "imunizado" contra o vírus e ele mesmo já não era "contagioso", o que tendia a ser provado pela permanente soronegatividade de seu amante.

Recusando-se, em nome de seu amor, a qualquer modificação de suas relações sexuais, esse casal interpretou à sua maneira a permanente soronegatividade de um, a fim de poder, simultaneamente, justificar sua recusa dos conselhos médicos e afastar a angústia inerente à situação. Essa reinterpretação assemelha-se muito a um contrato tácito que permite a cada um "fazer-se passar pelo que não é" (técnica de desidentificação por excelência, segundo Goffman), isto é, "não-contagioso" no caso do parceiro doente, "imunizado" no caso do parceiro ainda soronegativo. Assim, eles conseguem reduzir a incerteza objetiva que pesa sobre seu futuro, aumentada em cada relação sexual não-protegida, pelo menos para um deles. Essa probabilidade, infelizmente, se confirmaria alguns meses mais tarde, quando a saúde do rapaz, que se tornara soropositivo, começou a piorar rapidamente.

Num caso como esse, o objetivo da manutenção do casal parece opor-se à conservação da saúde do parceiro soronegativo. Na hipótese provável de um resultado fatal da doença para um dos dois parceiros, esses dois objetivos são inconciliáveis e o problema se torna insolúvel. Tal comportamento pode parecer "irracional" aos olhos daqueles que, pelo menos implicitamente, efetuando uma hierarquização dos objetivos, recusam-se a admitir que o desejo de compartilhar um destino possa ser mais forte do que a vontade de salvar individualmente, a todo custo, a própria saúde e a própria vida.

Na medida em que o "amor" não figura, como os "interesses", entre os fatores explicativos da sociologia, essa história pode parecer atípica; ela revela, porém, a gestão seletiva das informações e a reconstrução da realidade tais como se produzem nas situações de grande ameaça e de incerteza, em que um indivíduo, um casal ou grupos inteiros são mergulhados no desespero.

Encontramos exemplos semelhantes, livres porém desses fenômenos de recalcamento ou de dupla desidentificação. Assim, um casal heterossexual, cujo marido hemofílico é soropositivo, se vê obrigado a enfrentar decisões ainda mais dolorosas, pois o amor os leva a só querer imaginar o futuro em comum. A morte provável do cônjuge atenua então a vontade de sobreviver e de autoproteger-se. Imaginamos o

peso que representa para o médico ser solicitado como conselheiro e árbitro em tais situações.

As precauções sexuais são um exemplo, entre outros, da importância do acompanhamento médico que exceda a relação terapêutica habitual. Antes de mais nada, o diagnóstico de uma sorologia HIV positiva e da AIDS, de acordo com o Comitê Nacional de Ética, deve ser sistematicamente comunicado aos pacientes. Segundo os médicos entrevistados, somente 5% dos pacientes são considerados psicologicamente inaptos para receber a comunicação do diagnóstico e de suas conseqüências. Essa exigência de verdade supõe da parte do médico um tato especial e um trabalho de esperança e de cuidado tanto psicológico quanto fisiológico.

Na verdade, pequenas pioras nos exames biológicos provocam crises de angústia diante das quais a insistência do médico nas razões de esperança pode ser encarada como uma falta de franqueza, até mesmo como uma ruptura do contrato de confiança primitivo. O médico deve então saber calcular o momento certo de passar de um trabalho de esperança a um trabalho de luto e de preparação para a morte, a fim de permitir que o paciente esclareça o que talvez tenha recalcado conscientemente para evitar enfrentar seu fim. Se, por meio da esperança, o médico proporciona ao doente uma "qualidade de vida", mantendo a distância a angústia da morte, a partir de um momento difícil de perceber a "qualidade" devida ao doente é permitir-lhe aceitar seu fim. Os médicos no meio hospitalar, muitas vezes mal preparados para essa tarefa, delegam-na implicitamente a uma enfermeira ou a um psicólogo de serviço.[5] Deixar um paciente na ignorância de seu destino é difícil de sustentar no caso da AIDS, anunciada como incurável já no primeiro diagnóstico.

A introspecção biológica

Em caso de contaminação pelo vírus HIV, os exames periódicos (sorológicos e imunológicos) e as consultas tornam-se o veredito que dá

a auto-observação, acrescentando à introspecção psicológica e ao olhar estético sobre a aparência física o controle da realidade orgânica.

A digestão, o cansaço, as dores de cabeça passageiras, o aparecimento de um tumor minúsculo, tudo se torna objeto de vigilância e sintoma precursor alarmante. As discussões à mesa ou as conversas telefônicas intermináveis com amigos ou colegas considerados "competentes" se transformam em consultas "selvagens". Mesmo aqueles que exibem uma *"recusa em ceder ao pânico"* não escapam à febrilidade de comparar-se com tudo o que se escreve e se diz sobre a AIDS.

Essa comunicação intensa serve de terapia coletiva que mantém a distância uma angústia compartilhada, reduzindo a sua "justa proporção" manifestações que, "antes da AIDS", nunca teriam sido notadas nem discutidas publicamente. Domar coletivamente a inquietação ajuda o indivíduo a decidir consultar um médico e realizar exames. Em caso de uma soropositividade confirmada, essa vigilância se torna duplamente sistemática: o sujeito começa a se observar continuamente e, se entra num acompanhamento médico, torna-se um objeto periódico de observação.

Os resultados dos exames tornam-se os piscas-piscas de um "painel". A partir do momento em que surge uma medida fora dos valores "normais", a inquietação aumenta: glóbulos vermelhos e brancos, plaquetas, tempo de sedimentação, relação entre T4 e T8, resultados quantificados do Western Blott. Um número considerável de indivíduos, bem de saúde sob outros aspectos se submete assim a uma observação constante de sua vida biológica "interior". Ouvintes e espectadores de si mesmos, esperam conseguir "gerir" sua realidade orgânica heterogênea. Em caso de estabilização dos resultados, a soropositividade torna-se uma doença crônica como qualquer outra que impõe suas restrições e suas precauções diárias.

Contudo, a angústia de morte associada a uma infecção pelo HIV pode provocar crises mais ou menos profundas de angústia, de depressão e de insônia, segundo a gravidade do diagnóstico. Assim, os pacien-

tes que são classificados como acometidos de linfadenopatia e ARC tendem a se queixar mais do que os aidéticos confirmados e os soropositivos não-sintomáticos.[6] Após o choque inicial, a soropositividade parece de fato a menos angustiante, porque abstrata demais. O caráter definitivo de diagnóstico de AIDS, em compensação, parece impor a aceitação da própria sorte.

Essas crises de angústia lembram o modelo em cinco etapas da atitude diante da morte descrita por Elisabeth Kübler-Ross: choque, rejeição, cólera, negociação, aceitação final.[7] Baseando-se em suas experiências com pacientes portadores de doenças incuráveis, ela defende o diálogo contínuo com o agonizante, em substituição à atitude de fuga, diálogo esse que pode tornar-se uma experiência mutuamente gratificante para o doente e aqueles que o cercam. No entanto, seu modelo não se presta muito bem às situações de interação com pacientes acometidos em diversos graus da infecção pelo HIV. Pois as oscilações biológicas e clínicas provocam crises de angústia sem ordem linear.

Para a maioria, ser tratado como moribundo é inadmissível. Essa esperança, que os sustenta enquanto a decadência física não mina de forma definitiva seu moral, eles buscam essencialmente, senão exclusivamente, junto ao médico. Como que para reconfortá-lo, apresentam-lhe a imagem mais favorável de si mesmos, poupando-o do relato de suas crises mais agudas. "Doentes exemplares" no hospital a serviço da pesquisa de ponta, sinceros, sóbrios e fortes, acontece-lhes "entregar-se" à agressividade em sua vida particular.

É difícil resolver os conflitos entre doente, amigos e parentes que tenham dificuldade em encontrar formas de comunicação aceitáveis. A compaixão ou a piedade são insuportáveis para aquele que faz tantos esforços para negar a doença. Mas, se o tratam como se não estivesse doente, ele logo se sente desamparado. Por outro lado, a familiaridade não reduz necessariamente o medo do contágio (justificado ou não), nem a aversão diante da degradação física ou das crises de depressão.

Os balanços periódicos desmentem ou confirmam a auto-observação e quantificam o vago sentimento de ir "mais ou menos bem". Não se sabe sempre como evitar uma derrapagem "quando os piscas-piscas

se acendem", nem como corrigir uma deterioração parcial. A esperança se alimenta da comparação com outros. Mas, quando uma evolução desfavorável se revela nos exames, evita-se a comparação e mobilizam-se todos os recursos para convencer-se de poder "escapar" graças às suas próprias defesas psíquicas, físicas e morais. A esperança reside então na convicção de ser uma exceção à regra.

Compreende-se então por que os doentes denunciam a publicação das estatísticas de mortalidade, que consideram *"tendenciosas, malévolas, demagógicas e falsas"*. A seus olhos, esses números, que ignoram as variações individuais, minam a força psicológica da esperança. Sua publicação, encarada como um ato "brutal", é tida por co-responsável pelas curvas ascendentes de mortalidade. O furor estatístico agiria sobre as defesas psicológicas assim como o vírus age sobre as defesas imunológicas.

No momento em que começa a decadência física (perda de peso, de cabelos, manchas de Karposi), se a realidade estatística já é suportada com dificuldade, o confronto com outros num estado mais grave torna-se insuportável.

Alguns, desfigurados pelo sarcoma de Karposi ou pelo emagrecimento, utilizam o "exibicionismo" como último trunfo para reivindicar sua condição de membro de uma humanidade comum. Tentam despertar a atenção e a compaixão através do efeito de repulsa que provocam, numa atitude que lembra a "provocação" de certos homossexuais para se fazerem aceitar socialmente. Este outro exemplo ilustra essa mesma busca de humanidade: para ajudá-lo a suportar o olhar dos outros, um médico aconselhara seu paciente a maquilar o rosto, a fim de esconder as manchas de Karposi. Querendo ser aceito pelo que era, o paciente recusou-se a seguir esse conselho.

Na medida em que a decadência física pode sobrevir de modo brutal, o desejo de alguns, relativamente bem de saúde, de evitar o contato, o confronto e a comparação com "outros"que já apresentam marcas mais visíveis da doença levanta problemas de organização nos serviços hospitalares, onde soropositivos e doentes de gravidade variável são, por força das circunstâncias, levados a conviver uns com os outros.

As principais características da experiência da doença são o segredo e o silêncio, e na medida do possível a manutenção de uma continuidade da vida: tudo muda na visão que o doente tem de si mesmo, mas nada deve mudar na imagem que os outros têm dele. A isso se junta o fato de que a doença, tendo-se tornado evidente, devolve à pessoa doente uma imagem de sua identidade homossexual que já não existe, uma vez que esta, justamente, relativiza essa parte no indivíduo à medida que seus desejos sexuais diminuem e que ele concentra sua atenção em suas necessidades mais imediatas e na reflexão do sentido a dar a sua doença e a sua vida diante da morte.

As dificuldades encontradas são muitas vezes circunscritas à psicologia. Os desacordos e os conflitos que opõem os doentes a seu meio familial ou profissional são atribuídos à psicologia do doente, ou às coerções inerentes a essa situação de interação especial. Os traços específicos da infecção pelo HIV exacerbam os mal-entendidos. Assim, atribui-se a maioria dos problemas levantados pelo doente a sua angústia de morte ou aos distúrbios psiquiátricos causados pela ação do vírus. Em si mesma, a idéia de "problema psicológico" não permite que se faça uma distinção entre diversos gêneros e modos de intervenção adequados, e sobretudo limita a reflexão sobre as diferentes situações de interação e sua possível modificação, por meio de negociação, com o doente, de sua nova condição.[8] O exemplo que se segue mostra o quanto o trabalho de construção de uma identidade de doente pode produzir efeitos contrários a suas intenções.

Após um tratamento experimental com HPA-23, os médicos tinham decidido suspender o tratamento de R., que recebera o diagnóstico de ARC, já que a estabilidade dos exames sorológicos e imunológicos o classificavam como doente em "remissão". Tendo perdido o emprego no momento em que a doença se declarou (um trabalho de prestação de serviços sem contrato, portanto sem recurso jurídico possível), abandonado pelos amigos *gays*, R. encontra uma fonte de esperança escrevendo sua história por ocasião de uma temporada num sanatório.

Esse testemunho torna-se para ele o meio de recompor sua identidade. Refletir e escrever permite-lhe assumir sua doença. Torná-la pública permite-lhe reivindicá-la como um traço doravante importante de sua pessoa. Testemunhando publicamente, ele alcança uma posição relativa de porta-voz de uma causa coletiva, a dos "doentes". Indo de um traço individual assumido à reivindicação pública desse traço e à sua integração numa causa coletiva, esse processo lembra o "*coming out*" dos homossexuais, como o próprio R. ressalta vária vezes: "*Sempre fui inteiro. Quando assumi minha homossexualidade, tive de fazê-lo em 100%, e sempre disse e reconheci isso. Com a AIDS, é a mesma coisa.*"

Do testemunho público indireto através de cartas aos jornais e entrevistas, de sua aparição sem disfarces em programas de televisão, R. espera igualmente retornos materiais para sua situação desesperadora, seja sob forma de direitos autorais, seja sob forma de um emprego ligado à sua fama de "doente-testemunha". Sua maneira de utilizar os recursos de que dispõe, bem como suas atitudes, refletem esta dupla tarefa: falar em nome de uma causa comum e em nome de seus interesses mais vivos.

No momento de sua transformação em testemunha, ele se compara a outro doente, o primeiro a ter testemunhado abertamente na televisão francesa, um professor universitário que entre outras coisas havia declarado: "*Não existem doenças vergonhosas, existem apenas doentes vergonhosos*". Ao que R. responde: "*No caso dele, é fácil* acusar *os doentes que se escondem de serem* doentes vergonhosos; *parece que na situação dele a doença não apresenta problemas, ele tem* segurança, recursos. *Mas* não é o caso da maioria dos doentes *rejeitados ou que não têm trabalho.*" Negando, portanto, a esse professor a qualidade de testemunha de uma causa comum, R. atribui-se indiretamente esse privilégio, em virtude da semelhança entre a situação dos doentes mais pobres e a sua.

Em suas relações com os outros, colocando ênfase em sua doença e sua situação social especialmente difícil, ele se refere à rejeição que sofrem os doentes, e apela ao sentimento geral de justiça e de eqüidade.

Se essa construção de identidade lhe permite adquirir visibilidade e certa fama nos meios de comunicação, em suma, grandeza, essa identidade recém-adquirida, longe de resolver seus problemas materiais, opõe-se àquelas parcialmente, e isso por várias razões.

Sua visibilidade de doente (de uma doença contagiosa) dificulta sua busca por trabalho. *"Há três anos que não trabalho. O que você quer que eu diga quando me perguntam sobre esses três anos? Além disso, ou sabem o meu nome, ou me reconhecem. Então mostram-se particularmente gentis e atenciosos, mas isso não muda nada no resultado negativo das entrevistas."* A seu ver, sua experiência de doente deveria constituir uma qualificação a mais para certos trabalhos de acolhida nos serviços sociais. Mas os eventuais empregadores restringem-se ao sistema formal de qualificação: *"Escrevi ao ministro da Saúde e a todas as administrações de assistência social. Tenho* experiência de educador, *e tenho* experiência dos serviços sociais, do modo como se é acolhido nesses lugares porque os freqüentei muito. *Existem carências enormes, e poder-se-ia melhorar a acolhida, torná-la menos agressiva. Fiz propostas muito concretas e ofereci serviços específicos. Mas nunca veio uma resposta, exceto aquela que me diz que* é preciso passar por um concurso *para o qual ultrapassei o limite de idade."*

A invocação simultânea de interesses coletivos e pessoais provoca desconfianças e retira, aos olhos de seus interlocutores, parte da legitimidade do que ele diz. Seu reconhecimento de doente que freqüenta os meios de comunicação de massa o leva às vezes a invocar sua qualidade de doente para fazer propostas a associações. Mas ele lhes pede igualmente conta de suas atividades, o que estas interpretam como um questionamento: *"Propus a XY minha* experiência de antigo assistente social e de doente. *Poderia ocupar-me de certos serviços, os apartamentos terapêuticos, por exemplo. Não recebi resposta... Uma vez pedi* contas *a eles,* quis saber o que eles realmente fazem pelos doentes. *Eles afirmam representar os doentes, portanto tenho* o direito de saber, *é o mínimo que se pode querer."*

Fazendo-o retornar ao início da construção de sua identidade, o fracasso dessas iniciativas resulta numa dúvida em relação a si mesmo,

que se enraíza na sua classificação biomédica: "*Estou realmente numa situação difícil, sou* ARC, e não exatamente AIDS." À luz dessas experiências, R. conclui: "*No fundo, o que* me censuram *é estar em remissão*, ainda não ter morrido. *Já ouvi dizer que minha AIDS deve ser uma AIDS falsa, uma AIDS psicológica. No fundo*, o escandaloso é eu ainda estar vivo. *O Instituto Pasteur me confirmou: eu deveria ter morrido há muito tempo.*"

Essa construção de uma identidade de doente, assumida antes de ser reivindicada e reconhecida publicamente, é acompanhada pela valorização da experiência da doença como qualificação específica. A qualidade de testemunha pública proporciona certa importância e certa fama no microcosmo da AIDS. Mas os benefícios potenciais que se podem extrair de tal fama são logo superestimados por aquele que precisa de sua nova identidade para conseguir retornos materiais.

Ao seu pedido de trabalho e de recursos, responde a "compreensão" psicológica. À alegação de qualificações adquiridas por experiência, opõem o sistema formal de qualificação e acesso por meio dos concursos. À invocação de direitos, respondem-lhe que ele "exagera". Tendo sido um dos primeiros doentes a aceitar testemunhar publicamente, de modo aberto, R. julgou, durante alguns meses, poder utilizar os meios de comunicação de massa como trampolim para "conseguir alguma coisa". No momento em que mais doentes começam a romper o silêncio, ele julga insuficientemente apreciada a novidade de seu testemunho. Inevitavelmente, sente-se "manipulado" pelos meios de comunicação de massa. Se a coragem e as energias exibidas na construção de sua nova identidade lhe permitiram assumir-se e ganhar forças, a impossibilidade de estabelecer uma relação coerente entre a imagem que ele tem de si mesmo e aquela percebida pelos outros, entre suas solicitações e as respostas deles, devolve-o a si mesmo e, nessa situação bloqueada, a uma tentativa de suicídio. Mais do que importância e visibilidade, a estabilidade e o equilíbrio de uma pessoa dependem da coerência na elaboração de sua identidade, isto é, da coincidência entre a imagem que ela tem de si mesma e a que dela tem o outro.

Esse exemplo ilustra o quanto a construção de uma identidade depende do reconhecimento do outro. A reprovação social e o constrangimento associados à homossexualidade, bem como a AIDS, levam muitas vezes as pessoas envolvidas a pensar que a aceitação de si, oposta à resignação, passa necessariamente pelo reconhecimento social. O ressentimento diante da exclusão gera reivindicações de reconhecimento, às quais a sociedade moderna responde com o reenvio à esfera privada. Essa resposta combina o respeito político da liberdade individual (sexualidade, doença) e o apelo à responsabilidade do indivíduo, sem se preocupar com suas reais condições de vida.

Gestão do silêncio e mobilização de apoios

A infecção pelo HIV reforça tragicamente uma experiência social sujeita às eventualidades de relações baseadas no não-dito. O silêncio sobre a homossexualidade ou sua outra forma, a dissimulação, respondem ao receio de rejeição ou de julgamento moralizador malévolo. Diante dos fatos, o homossexual pode retorquir ou escapar ao julgamento por meio de mudança geográfica. Sendo particularmente difícil a réplica em caso de doença grave e contagiosa, o silêncio torna-se sua única arma. Pois já não é a exclusão de tal círculo, os olhares enviesados de medo ou de piedade que estão em jogo, mas a exclusão bem mais draconiana sob a forma de registro administrativo, de quarentena ou de destruição das bases materiais de vida, pela alegação de incapacidade para trabalhar ou pela dispensa. Referindo-se a conjunturas históricas de intolerância em relação aos homossexuais, muitos indivíduos doentes não confiam nem no segredo médico, nem nas declarações políticas lênitivas.

Toda vez que a discussão se volta para o exame de detecção obrigatório, geral ou restrito, que a imprensa revela medidas repressivas introduzidas nesse ou naquele país ou casos de detecção à revelia dos interessados seguidos de atos discriminatórios, a tensão e a angústia aumentam entre os soropositivos e doentes, que se sentem imedia-

tamente visados por essas formas modernas de afastamento e exclusão. Esta última não passa mais pelo isolamento físico, como por ocasião das grandes epidemias históricas, mas por todos esses mini-atos regulamentares que degradam a posição de uma pessoa e que a destinam à lenta morte social bem antes da morte física.

Uma pesquisa realizada junto a uma centena de pacientes no hospital Pitié-Salpêtrière[9] revela que quase todos se impõem o silêncio diante do empregador, dos colegas de trabalho e do senhorio. Os homens casados o estendem aos amigos, à família, aos amantes e à esposa. Somente a metade dos soropositivos não-sintomáticos que têm relação estável informam os parceiros. Diante dos primeiros sinais clínicos, alguns começam a colocar a par os amigos íntimos e alguns membros da família (irmã ou irmão, de preferência; depois a mãe; raramente o pai). Mas se, no caso de diagnósticos mais graves (ARC e AIDS), mais da metade se abre com os parentes, mais de um terço (sobretudo os bissexuais e os homens casados) insistem, mesmo nesse estágio, no mutismo. A associação comum da AIDS às práticas homossexuais torna a doença ainda mais estigmatizante para aqueles que não pertencem ao mundo homossexual e podem ser vítimas da desconfiança de possuírem uma vida sexual secreta. Daí uma situação de dupla coerção impossível de desfazer, já que manter um diagnóstico em segredo impede a mobilização dos apoios materiais e afetivos indispensáveis.[10]

Às vezes, estabelece-se cumplicidade benigna entre o homossexual e os parentes, que, poupando-o de autojustificar-se, o protegem contra o exterior por meio de um muro de silêncio. Essa atitude se aplica aos casos de soropositividade cuja ausência de sintomas evidentes permite a dissimulação fora do contexto familial. Em compensação, uma AIDS conhecida, a hospitalização e o enfraquecimento patente produzem efeitos de "verdade" nas relações familiais, de amizade e profissionais.

As reações diante de uma AIDS revelada estão ligadas tanto às atitudes diante da homossexualidade quanto ao medo do contágio. A aceitação prévia do indivíduo como homossexual — caso pouco freqüente — facilita, evidentemente, a constituição a sua volta dos

apoios afetivos de que precisa. Pelo menos uma das dificuldades que ele tem em se fazer entender é então "resolvida". Se favorece a aceitação tardia da homossexualidade, a doença pode igualmente tornar manifestas rejeições e rupturas latentes. A intervenção de uma terceira pessoa, um membro de associação por exemplo, pode desempenhar então o papel moderador, impedindo a irrupção de ressentimentos e de discórdias do passado que poderiam prevalecer sobre a vontade de reconciliação.

O desejo profundo de ser substancialmente reconhecido pelos seus segue às vezes caminhos indiretos, a fim de não agredir as sensibilidades hostis às escolhas sexuais. Para informá-los da doença e de sua homossexualidade, um rapaz em tratamento no hospital Claude-Bernard, que havia tentado em vão reatar relações com os seus, aproveitou a oportunidade de testemunhar abertamente na televisão, esperando ser reconhecido. Seus pais, que, por sorte, assistiam ao programa, entraram imediatamente em contato com ele e a relação familial foi restabelecida, proporcionando ao filho doente apoio e, sobretudo, alívio moral.

Reatada pela doença depois de anos de ruptura, a relação familial continua frágil, pois aquele que está doente não esquece que foi marginalizado no passado. A menor reticência física, percebida como medo de contágio, destrói num instante as melhores intenções, como mostra este pintor de 35 anos, internado no hospital Saint-Louis:

"*Minha mãe e minha irmã vieram do Sul especialmente para me ver em Paris e ficar perto de mim. Quando elas vieram ao hospital, percebi que tinham* medo de tocar em mim. *Quando o médico passou pelo corredor, rapidamente o tomei como testemunha, e ele lhes explicou que não havia nenhum risco de contaminação. Contudo, quando foi embora, minha mãe* não me beijou *e, ao mesmo tempo, ficou* embaraçada *com isso. Não consegui resistir, depois disso eu não quis mais vê-la.*"

Independente da informação de que se dispõe, o medo do contágio dificilmente controlável gera comportamentos considerados irracionais pelas próprias pessoas que os adotam:

"*Estou perfeitamente bem informado e sempre me disse que todas essas histórias de rejeição de doentes da AIDS eram exageradas. Mas,*

quando, depois de sua saída do hospital, Pierre veio me ver pela primeira vez, experimentei um sentimento estranho. Eu me controlei para não dar nenhum fora. E, depois que ele foi embora, não pude deixar de lavar as xícaras de café com água sanitária. Completamente ridículo! Mas não consegui resistir." (Publicitário, 32 anos.)

Alguns soropositivos e doentes aplicam sistematicamente o "golpe do copo", fingindo beber por engano no copo do vizinho. Verificam assim se provocam medo ou não. Nesse estado de crise, às dificuldades de reconstituir a célula familial de origem junta-se a de fazer ser aceita a "verdadeira família" dos amantes e dos amigos, que, na falta de vínculos jurídicos, nem sempre é bem recebida, seja nos hospitais, seja pelos médicos. Os funcionários dos hospitais, é bem verdade, têm dificuldade em entender a natureza e a importância dessas relações para o paciente.

Se a solidão do homossexual diante da doença é maior porque, ao não assumir muito bem sua homossexualidade, não pôde construir para si um círculo de relações caloroso e durável, são os homossexuais que menos se assumem que se afastam dos amigos doentes, por medo do contágio e de ver revelada sua própria homossexualidade. Em compensação, esse fenômeno é pouco freqüente nas redes duráveis de amizade homossexual.

Uma das experiências mais marcantes é a descoberta da fidelidade do parceiro e de seu apoio, quando se conhece a fragilidade dos casais homossexuais em épocas normais. A ausência da condição oficial do parceiro comparável ao concubinato, a legislação da herança desfavorável aos homossexuais, dão lugar a reflexões marcadas pelo arrependimento e pela amargura. Enquanto as amizades resultantes de paixões passageiras se desfazem com o surgimento da doença, reforçam-se as relações com antigos amantes que se tornaram amigos de coração, mostrando assim a importância das redes afetivas que são as "famílias *gay*". A doença recoloca em questão as relações baseadas apenas no prazer, valorizando as amizades fiéis e as relações de parentesco recuperadas.

Ver-se entre semelhantes, soropositivos e/ou doentes, permite às vezes romper a solidão e trocar experiências e conselhos práticos. A

título pessoal, alguns tentam encontrar outros por meio de pequenos anúncios ou ligam-se a associações. Formado pelo psiquiatra Didier Seux, tal "grupo de palavras" de soropositivos prolongou uma iniciativa concebida inicialmente como forma de terapia psicológica coletiva. Dividindo e discutindo problemas de toda espécie, os membros desses grupos podem chegar a relativizar e a atenuar suas angústias. Muitos soropositivos invocam essa mesma motivação quando explicam seu engajamento em associações de luta contra a AIDS. Mostrar sua solidariedade com os outros equivale a organizar a solidariedade por si mesmo.

A situação muda para um doente sozinho e pobre, que, ao recorrer a uma associação, julga ser levado a reconhecer quase publicamente seu infortúnio. Pois, embora o segredo e o anonimato lhe sejam garantidos, pedir a ajuda de uma terceira pessoa é muitas vezes sentido como a confissão de já não dispor de amigos ou de família e, portanto, de não ter sabido dar para poder receber nos momentos difíceis. Fortes freios se opõem, então, à busca de tais apoios. Muitos não consideram a doença vínculo suficiente para torná-la ponto de partida de relações pessoais. A isso se junta o medo de "afundar na doença", de "só lidar com isso", e principalmente de ser desmoralizado pelo confronto com pessoas com evolução mais desfavorável. Preferindo não colocar a si mesmo e a outra pessoa à prova, a grande maioria opta por travar seu combate sozinho e, exatamente como no caso de outras patologias graves, calcula-se em cerca de 10% da população doente aqueles que procuram e encontram apoio e ajuda junto a associações.[11]

A solidão e o estado de silêncio enfrentados pelo doente resultam, portanto, de sua dificuldade em encontrar um ouvido compassivo para o que está vivendo. Daí a redução de suas relações às pessoas mais próximas, indo às vezes a uma forma de auto-isolamento. Muitos, aliás, sentem que os meios de comunicacão de massa abordam a AIDS — e por conseguinte eles mesmos — quase exclusivamente sob o ângulo de risco de contaminação (que eles representam), mas raramente sob o aspecto da perda e do luto.

Se um doente da AIDS quer dar sentido à doença, usando-a como oportunidade para uma tomada de consciência de si mesmo e dos

outros, tem poucas chances de ser ouvido: *"A negação da experiência patológica é acompanhada da positivação semântica e da absolutização da medicina, sendo na verdade a expropriação do sentido existencial apenas o avesso da apropriação desta última pelo saber médico positivo."*[12] No caso da AIDS, essa "positivização" assume na maioria das vezes a forma de militância preventiva, que permite ao soropositivo e ao doente o engajamento numa causa geral a partir de sua experiência singular. A consciência de ser assim útil aos outros os valoriza e pode atenuar suas angústias. É muito mais difícil dotar a AIDS de sentido fora de tal engajamento, na maioria das vezes em associações ou através de publicações ou de entrevistas nos meios de comunicação de massa.

Somente dois rapazes entrevistados mencionam o *"modelo da doença benéfica"*, segundo o qual *"a doença é uma reação que tem, senão um valor, pelo menos um sentido, visto que é tida por uma tentativa de restauração do equilíbrio perturbado, até mesmo, em certos casos, por um episódio que glorifica e enriquece."*[13] Exercendo, ambos, profissão artística, eles sentem a doença como o retorno a uma gestão sensata do tempo e das paixões e uma *"liberação"* para atividades negligenciadas. Um terceiro conta de que maneira a doença o livrou de *"tendência suicida"*, como um *"pontapé no traseiro"* que veio *"acordá-lo"* de uma vida *"desperdiçada"*.

Por levar a reexaminar o passado e a questionar as escolhas e os preconceitos (sexuais), a AIDS favorece a introspecção e o retraimento. Esse questionamento conduz alguns à reflexão religiosa, que coloca em jogo menos a homossexualidade do que a promiscuidade, menos a culpa do que o desejo de fazer a fé coincidir com seu ser, estabelecendo com Deus um contrato que nada tem a ver com as posições tomadas pela Igreja.

Um rapaz, proveniente de família católica praticante, tendo durante muitos anos conseguido levar sua vida homossexual e sua vida familial sem que nenhuma das duas prejudicasse a outra, se viu obrigado, diante da doença, a fazer os seus reconhecerem a conciliação implícita, que ele conseguira realizar na prática, entre a fé, a aceitação da homossexualidade e seus sentimentos filiais. Sua homossexualidade

tornou-se problemática em virtude da doença, impedindo-o de separar as diferentes esferas de sua vida.

Essa explicação o obriga a um aumento de coerência entre experiências e convicções pessoais, e os valores religiosos oficiais. Para levá-la a termo, esse doente deve estar convencido da legitimidade dessa coerência, isto é, da garantia de que sua homossexualidade não infringe a ordem das coisas desejada por Deus. Uma vez aceito o objetivo de reconciliação familial, a única instância apta a facilitar essa tarefa é o padre, habilitado a falar num contexto de pensamento comum às diferentes partes (o doente e sua família). O serviço hospitalar pôde fornecer ao doente esse intermediário que lhe permite, ao mesmo tempo, aceitar sua "natureza" homossexual e reforçar a fé e sua prática, sobretudo na comunhão. Qualquer outra tentativa de reconciliação estranha ao campo religioso estaria provavelmente fadada ao fracasso.

Esse retorno ao religioso marca a busca de uma esperança — a oração pedindo a cura — e o desejo de dar coerência a uma experiência que aproxima da morte. Reconciliar-se com o fim equivale muitas vezes a reconciliar-se com as origens por meio da lembrança da infância e dos períodos felizes da vida, como ressalta este jovem imigrante português internado no hospital Claude-Bernard: *"Penso muito em minha cidade, e rezo muito. É muito importante para mim. Falo com Deus. A oração é muito importante agora."*

Um revelador

Nas entrevistas, encontra-se com freqüência essa busca espiritual que passa por técnicas de meditação próprias para gerir a angústia e a depressão. Esse controle dos pensamentos e da alma por melhor controle do sofrimento e do corpo, alguns encontram na leitura dos filósofos clássicos, outros na meditação oriental e na filosofia budista. Essas pessoas nos pediram muitas vezes para ajudá-las a entrar em contato com tais grupos de meditação inspirados em filosofias orientais. Por meio de autodomínio ao mesmo tempo físico e espiritual, espera-se espantar as cargas negativas — os maus pensamentos e as más subs-

tâncias. Raro, em compensação, é o recurso às medicinas alternativas ou aos remédios de antigamente.

Se Lindinalva Laurindo pôde mostrar que no Brasil, para satisfazer às suas necessidades de esperança, os doentes dispõem de um rico conjunto de sistemas religiosos e espirituais,[14] pois "a medicina científica nunca é mais do que a metade" (da cura e da esperança), essas buscas são raras na França. Durante nossa pesquisa, somente um sapador-bombeiro de 33 anos nos contou em tom de brincadeira suas visitas a uma vidente. Na França, todas as esperanças se concentram na ciência, elevada a recurso último e exclusivo.

O sofrimento e a aproximação da morte atenuam os problemas que a homossexualidade havia causado, ao longo de toda a vida, em suas relações que permaneceram não explicitadas, e não é raro ver reunidos ao redor de um leito de hospital a família jurídica e a "família *gay*". Mas, a partir da encomendação do corpo, esse vínculo é muitas vezes rompido pela família jurídica, que, querendo tirar do seu membro o estigma de uma "morte vergonhosa", esconde a causa do falecimento e afasta das cerimônias fúnebres as testemunhas de sua vida homossexual, visando com esse gesto proteger, antes de mais nada, sua própria imagem.

Na medida em que este havia travado luta por vezes difícil para se fazer aceitar, essa última "homenagem" rendida lhe tira, de uma só vez, identidade e dignidade. Em compensação, raras notas de falecimento publicadas nos jornais diários ou nas revistas homossexuais, em que a família e o amante comunicam juntos a morte "em conseqüência de AIDS", deixam uma marca essencial daquele por quem eles estão de luto.

"Diante da morte, eles cedem, não aceitam." Um médico de hospital resume assim a reação da maioria dos pais diante da descoberta da homossexualidade de um filho moribundo. Essa atitude, compartilhada às vezes pelo moribundo, ilustra cruamente os traços característicos da relação de um homossexual com os parentes: solidão, mal-entendidos, afeto contido ou reprimido, enfim, raramente exprimido.

Como doença sexualmente transmissível, a AIDS revela de modo quase caricatural a lógica dos intercâmbios sexuais; revela também a

face oculta destes sob a forma de fenômeno de desidentificação, de angústias sociais e de rejeição. Como doença contagiosa, ela revela a defasagem entre o discurso médico sobre as vias, pouco numerosas, de sua transmissão e a diversidade dos dispositivos práticos nascidos das angústias projetadas sobre a doença, ou das emoções que fazem pouco de certos riscos. Nesse sentido, ao pôr ênfase na importância e na pluralidade das representações e das significações atribuídas à sexualidade, a análise sociológica da AIDS questiona as análises históricas, que apresentam a morte como o último tabu que restou depois da desmistificação da sexualidade.[15] Nossa pesquisa mostra a perenidade dos preconceitos e a transformação desigual dos costumes segundo as classes sociais. O mesmo ocorre com a capacidade de enfrentar a AIDS.

[1] E. Goffman, *op. cit.*, p. 15.

[2] C. Herzlich e J. Pierret, *op. cit.*, voltam várias vezes a esse aspecto variável segundo as características de uma patologia.

[3] Trata-se do folheto: *Le practicien et le sida*, Secretaria de Estado encarregada da Saúde, Comitê Francês de Educação para a Saúde, 1985, p. 10-1.

[4] No nível macrossocial, N. Luhmann vê na "redução da complexidade" o mecanismo fundamental pelo qual a instituição limita o grau de incerteza ligado indissociavelmente ao grau de complexidade da realidade social: "A delimitação social da incerteza modifica as formas do domínio dos medos e, indiretamente, a qualidade moral de uma sociedade" (N. Luhmann, "Moderne Systemtheorien als Form gesamtgesellschaftlicher Analyse", *in:* J. Habermas e N. Luhmann, *Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie*, Frankfurt, Suhrkamp, 1971, p. 25). Luhmann dá muita importância à psicologia e à psicologia social, e mais particularmente às teorias de redução de dissonâncias cognitivas. Desse modo, sugere a equivalência funcional, para o indivíduo, entre a redução da complexidade feita por ele mesmo (a eliminação, nos pensamentos, das contradições que são fontes de inquietação) e aquela feita por um discurso institucional externo (como o discurso médico), ao qual ele pode referir-se. O recurso, pelo indivíduo, a seus próprios meios de redução da complexidade (que alguns chamariam de "recalcamento") é mais provável porque nenhuma instituição autorizada faz (ou pode fazer) esse trabalho em seu lugar.

[5] C. Herzlich, "Le travail de la mort", *Annales. Economies, Sociétés, Civilisations*, 1, janeiro-fevereiro de 1976, p. 197-217.

[6] J. G. Joseph, D. G. Ostrow, J. Phair, J. Chmiel, C. Wortman e R. Kessler, "Effect of perceived risk, HTLV 3 infection and clinical status on mental health", Communication 204 (Abstract Volume), II Congresso Internacional sobre a AIDS, Paris, 1986.

[7] Cf. E. Kübler-Ross, *Les derniers instants de la vie*, Genebra, Labor et Fides, 1975.

[8] D. Seux, "Le retentissement psychologique", *Information Psychiatrique*, 63, 2, 1987, p. 217-26.

[9] Pesquisa realizada com a colaboração dos Drs. Willy Rozenbaum, Chahin Gharakanian e Annie Viallefont no hospital Pitié-Salpêtrière, em fevereiro e março de 1986 (Trabalho de informática: Françoise Aimé).

[10] A dupla coerção é uma situação de impasse composta dos seguintes elementos: a) uma relação complementar; b) uma mensagem com estrutura reflexiva negativa, isto é, que nega o que afirma afirmando o que nega; c) uma situação que não pode ser evitada, unida à incapacidade ou à impossibilidade de dissolver o paradoxo metacomunicando a seu respeito; cf. G. Bateson, D. D. Jackson e J. Weakland, "Towards a theory of schizophrenia", *Behavioral Scientist*, 1, 1956, p. 252-64; G. Bateson, "The birth of a matrix or double bind and epistemology", *in:* M. M. Berger (org.), *Beyond the double bind. Communication and family systems. Theories and techniques with schizophrenics*, Nova York, Brunner and Mazel, 1978.

[11] Cf. R. Süssmuth, *Wege aus der Angst*, Hamburgo, Hoffman und Campe, 1987, p. 103.

[12] F. Laplantine, *Anthropologie de la maladie*, Paris, Payot, 1986, p. 119.

[13] Ibid.

[14] M. A. Loyola, "Cure des corps et cure des âmes. Les rapports entre les médecines et les religions dans la banlieue de Rio", *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 43, junho de 1982, p. 3-46, bem como a dissertação de DEA de L. Laurindo de Silva, "Sida et homosexualité à São Paulo", Paris, EHESS, 1987, mimeografado.

[15] Observemos mais particularmente que os homossexuais perfeitamente conscientes de seu estado que encontramos, e que em alguns casos se tornaram nossos amigos, só raramente mostram fantasias individuais de imortalidade, essa marca da mortalidade dos tempos modernos, segundo Philippe Ariès. Do mesmo modo, e ao contrário

da tese de Ariès, a atitude das famílias indica que a sexualidade (e, de qualquer maneira, a homossexualidade) continua sendo tão tabu quanto a morte, senão mais do que esta (Ph. Ariès, *Essais sur la mort en occident*, Paris, Le Seuil, 1975). Mas também a escolha de solidão dos doentes e dos moribundos, resultante da individualização das sociedades ocidentais após o processo de civilização, como observa Norbert Elias, parece-nos subestimar a relação entre as inúmeras maneiras de viver e as maneiras de morrer igualmente diversificadas (N. Elias, *La solitude des mourants*, Paris, Christian Bourgois, 1987). Essa crítica de abordagens históricas da longa duração resulta da diferença entre disciplinas, a história privilegiando o geral e a sociologia, os aspectos resultantes da desigualdade social, ou, ao contrário, resulta exclusivamente da população aqui estudada, os homossexuais? É impossível responder a essa pergunta, mas, nos dois casos, pelo menos uma das interpretações dessa obra se vê confirmada, ou seja, o caráter marginalizado e socialmente pouco aceito da homossexualidade, e isso a despeito de todos os discursos sobre a liberalização dos costumes.

SEGUNDA PARTE

UM RISCO SOCIAL E POLÍTICO

"Não existem apenas relações "sociais", relações de homem para homem. Os homens não estão "entre" eles na sociedade, pois em toda parte os micróbios intervêm e agem. Eles compõem (...), no meio dos vínculos ditos "sociais", alianças que complicam terrivelmente estes."

B. Latour, *Les microbes*, Paris,
A. M. Métailié, 1984, p. 42.

SEGUNDA PARTE

UM RISCO SOCIAL E POLÍTICO

"Não existem apenas relações "sociais", relações de homem para homem. Os homens não estão "entre" eles na sociedade, pois em toda parte os micróbios intervêm e agem. Eles compõem (...), no meio dos vínculos ditos "sociais", alianças que complicam terrivelmente estes."

B. Latour, *Les microbes*, Paris,
A. M. Métailié, 1984, p. 42.

O caráter contagioso da doença, sua progressão rápida e seu desfecho fatal deram aos profissionais da Saúde o sentimento de estarem enfrentando um perigo de extrema urgência. Esse sentimento de urgência associa-se, logo no início, à sede de "furos" dos jornalistas, cuja palavra de ordem era a "desdramatização" e a luta contra "fantasias".[1] Mas esse discurso que se desenvolve no espaço público, com a intenção declarada de atenuar um suposto pânico coletivo, contrasta com a quase indiferença da população, revelada pelas sondagens,[2] pelo menos até 1985, e com a escalada um tanto lenta do medo entre os primeiros a tomar consciência de sua exposição muito real a um risco de saúde, ou seja, os homossexuais.

Nos discursos públicos, a previsão de pânico coletivo e sua exploração política aparecem indissociavelmente ligadas às incertezas científicas que cercam essa nova patologia; daí as defasagens existentes entre as descobertas científicas, sua colocação em forma jornalística e seus ajustes pela população. A análise que se segue procura destacar as linhas de forças das tensões que atravessaram os meios de comunicação de massa, a profissão médica e o campo político para chegar à configuração presente das relações entre esses campos distintos e as tomadas de posição e medidas de saúde pública delas decorrentes. Ela se esforçará por apresentar discursos sobre a doença e estratégias concomitantes que visam garantir o domínio político da gestão da saúde pública.

Partindo do inventário das incertezas científicas sobre a patologia e os grupos particularmente expostos, essa análise delas deduzirá as representações sociais veiculadas pelos meios de comunicação de massa.

[1] Esse tema é encontrado na primeira página dos semanários, nos títulos de artigos de jornais e dos primeiros livros publicados sobre a AIDS. O primeiro livro francês sobre a AIDS, escrito por W. Rozenbaum, D. Seux e A. Kouchner, tem o título significativo de *Sida. Réalités et fantasmes,* Paris, POL, 1984. O último desses livros, publicado algumas semanas antes da conclusão deste manuscrito, é: E. Hirsch (org.), *Le sida. Rumeurs et faits,* Paris, Cerf, 1987.

[2] Uma sondagem IPSOS, representativa da população francesa e realizada no verão de 1985 (ao mesmo tempo que nossa pesquisa sobre os homossexuais), revela a pouca atenção dada na época, de modo geral, a essa doença (*GPH,* 195, 1985, p. 16-7).

4

PENSAR UMA NOVA PATOLOGIA

"Entre todos os fios que se entrelaçam em torno da AIDS, entre todas as interrogações que pesam, há um que é preciso desenredar, uma que exige resposta urgente: quem é o agente da AIDS? Da resposta prática a essa pergunta deveriam nascer naturalmente os meios de identificá-lo em determinado indivíduo, de procurar neutralizá-lo ou, pelo menos, circunscrevê-lo. De qualquer modo, uma resposta permitiria fazer a pergunta não mais em termos irracionais mas reais, primeiros passos indispensáveis para progredir no saber que conduz ao domínio da AIDS.

Encontrar o vírus da AIDS consistirá em realizar uma pesquisa no fio reto da tradição médico-policial sem grande inovação, de Sherlock Holmes a Colombo, de Pasteur a Livingstone."

Jacques Leibowitch, *Un virus étrange venu d'ailleurs*,
Paris, Grasset, 1984, p. 37.

Incertezas etiológicas

O presente trabalho não pretende reconstituir o avanço das pesquisas sobre a AIDS.[1] Contentar-nos-emos aqui em ressaltar, além das incertezas científicas atuais, a influência variável do fator social sobre o fator biológico na explicação das constantes dessa patologia. Até o início de 1983 coexistem duas hipóteses de desencadeamento da AIDS, uma biomédica, a outra psicossocial, em termos de "estilo de vida", das quais resultam modelos etiológico-terapêuticos diametralmente opostos.[2]

O modelo biomédico, de caráter exógeno e aditivo, atribui a origem da doença a um agente agressivo externo (micróbio, vírus, etc.), que, juntando-se ao organismo, destrói-lhe o equilíbrio.[3] Os primeiros

agentes incriminados são um citomegalovírus desconhecido ou um agente químico (os "poppers", ou também os componentes de produtos de beleza ou de medicamentos à base de cortisona). Esse modelo orienta as pesquisas para a descoberta do agente agressivo externo, para um instrumento de defesa preventivo (a vacina) e para um tratamento capaz de destruir o agente externo.

A hipótese de uma gênese em termos de estilo de vida remete a um modelo relacional, endógeno e subtrativo, segundo o qual o desencadeamento da doença se produziria pela ruptura do equilíbrio orgânico, após a "subtração" momentânea ou progressiva de suas defesas naturais.[4] A AIDS seria, então, produto do *stress*, das coerções relacionais da vida moderna urbana e seus "excessos".

Muito depressa o modelo biomédico, em harmonia com as concepções médicas dominantes, marca as orientações das pesquisas, levando à descoberta do vírus e à prova de seu papel causal.[5] Contudo, a descoberta do vírus não permite, por si só, estabelecer um modelo tão prospectivo do desenrolar da doença. Tende simplesmente a reduzir o número de interpretações possíveis sobre suas origens.

Após a descoberta de suas vias de transmissão pelo sangue (transfusões, trocas de seringas) e pelo esperma (contatos sexuais), desenvolvem-se, a partir de 1985, os testes de detecção dos anticorpos do vírus HIV, que modificam os dados do problema. Cada vez mais confiáveis, esses testes permitem detectar precocemente uma infecção na ausência de sinais clínicos. Assiste-se assim ao surgimento de uma população soropositiva, portadora de contaminação e suscetível de evoluir para a doença. Mas os progressos terapêuticos não se seguem.

Se um melhor domínio das infecções oportunistas permite aumentar a esperança de vida dos sujeitos doentes, os tratamentos antiviróticos experimentais não deixam entrever o domínio próximo da doença, e não há nenhuma vacina ainda. Daí o pressentimento, confirmado pelos sucessivos congressos, de que a AIDS constituirá um problema de saúde pública grave. O primeiro congresso, realizado em Atlanta, em 1985, consagra definitivamente a AIDS como doença virótica, contagiosa, transmitida pelo sangue e pelo esperma. O segundo

congresso, realizado em 1986, em Paris, tirando a esperança da descoberta rápida de uma vacina e de um tratamento adequado, ocupa-se da prevenção, que se torna uma preocupação maior. Confirmando essas tendências, o terceiro congresso, de 1987, em Washington, se dedica igualmente ao estudo dos problemas jurídicos, éticos e sociais levantados pela AIDS.

Na verdade, juntando à vontade de saber a possibilidade de saber, o teste de detecção dos anticorpos do HIV provoca novas inquietações. Se as pessoas contaminadas vivem sob a ameaça do desencadeamento da doença, a utilização coletiva do teste e de seus resultados continua sendo problemática: sua aplicação deve ser sistemática, voluntária ou obrigatória? Essa pergunta permanece no centro das discussões sobre o controle social da patologia.

A construção de um grupo de risco

A expressão "grupo de risco" está presente na literatura médica sobre a AIDS desde o registro dos primeiros casos, em 1981. A associação entre a síndrome e certos "grupos" precede a descrição mais elaborada do perfil clínico. Impondo-se como uma evidência, essa associação foi apresentada às vezes como uma relação causal. Sendo a definição dos "grupos de risco" retomada pela OMS (Organização Mundial de Saúde) e pelas autoridades francesas aquela desenvolvida pelo CDC americano (Centers for Disease Controls), convém observar de que maneira tal organismo isolou esses grupos. Antes da descoberta do vírus e das vias de contaminação, em 1983-1984, a construção de "grupos de risco" resulta apenas da "vigilância" que acompanha, em suas grandes linhas, a propagação de uma doença cujas características não são conhecidas completamente, e não da "epidemiologia",[6] que tem por objetivo esclarecer a história natural e as características etiológicas de uma doença.

Deve-se essa rapidez do CDC à antiguidade de seu dispositivo, estabelecido nos anos 40 para controlar a propagação da malária no

exército. Esse *Epidemic Intelligence Service* iria, durante a guerra fria, defender os Estados Unidos de eventual guerra bacteriológica. Reorganizado e rebatizado de *Centers for Disease Controls*, esse serviço foi integrado no serviço americano de saúde pública, no qual uma das seis divisões ocupa-se das doenças infecciosas, entre as quais a AIDS.[7] Como casos de sarcoma de Karposi e de *Pneumocystis carinii* foram registrados nesses centros na primavera de 1981, uma vigilância mais rigorosa fez infecções semelhantes aparecerem em dois grupos específicos: os homossexuais masculinos ainda jovens e os toxicômanos por via intravenosa. O déficit imunológico comum a esses casos levou, a partir do verão de 1981, à denominação de "síndrome de imunodeficiência adquirida". O CDC, que estava realizando estudo sobre a propagação no meio homossexual da hepatite B e da blenorragia, levantou muito rapidamente a hipótese de uma transmissão por via sexual. Mas o isolamento dos grupos específicos atingidos pela doençca alimentou igualmente a reflexão sobre a queda das defesas imunológicas em função de "estilos de vida".

A partir do final de 1981, os homossexuais e seu "estilo de vida" tornam-se o objeto privilegiado dos pesquisadores do CDC, colocando em questão o uso de drogas recreativas e euforizantes (os *"poppers"*, isto é, o nitrito de amila), a promiscuidade, a sodomia (principalmente passiva): *"Segundo o Dr. Friedmann-Kien, os médicos tinham indicado que a maioria dos casos eram homossexuais masculinos que tinham relações sexuais freqüentes e diversificadas com múltiplos parceiros; até dez contatos por noite, quatro vezes por semana (...); além disso, muitos pacientes disseram ter usado drogas recreativas, tal como o nitrito de amila* (poppers) *e o LSD, com o objetivo de aumentar seus prazeres sexuais."* Em novembro de 1981, podia-se ler numa contribuição ao I Congresso Mundial sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis, organizado em San Juan: *"A concentração dos casos no grupo de homossexuais que vivem em Nova York e na Califórnia torna plausível a tese segundo a qual convém procurar os fatores de causalidade no estilo de vida e no ambiente social."*[8]

Sem conhecer ainda o vírus nem suas principais vias de transmis-

são, a abordagem epidemiológica, classificando cada caso observado num grupo segundo fatores hipotéticos de risco, constrói os "grupos de risco" homossexual e toxicômano e, um pouco mais tarde, o dos haitianos. A construção desses grupos age, portanto, pela observação de uma série limitada de casos, pelo isolamento das características comuns a esses casos, a saber: a homossexualidade masculina, o uso de droga por via intravenosa e a origem geográfica.

Os porta-vozes dos grupos indicados contestam imediatamente essa classificação. Acusado por representantes da comunidade haitiana nova-iorquina de veicular preconceitos racistas, o CDC risca esse grupo de suas listas em 1984. Contudo, contestações provenientes de organizações homossexuais ficam sem efeito, e poucas vozes se erguem para protestar contra a inclusão de um grupo "toxicômano".[9] Vê-se, portanto, que a noção de "grupos de risco", resultando aparentemente de técnicas estatísticas neutras, é igualmente atribuível ao poder de negociação e de pressão de que dispõem os grupos assim designados para determinar, eles mesmos, sua própria classificação. A descoberta do vírus, o conhecimento cada vez mais apurado de suas vias de transmissão e a multiplicação de casos inclassificáveis questionam a legimidade desse conceito.

Contudo, nem a expressão "grupo de risco", nem a expressão "estilo de vida" desaparecem da literatura médica. Se a primeira continua a designar um grau variável de exposição e de práticas diferenciadas que favorecem a transmissão, a segunda sobrevive no conceito de "co-fator". Esses co-fatores aparecem em diferentes figuras da doença, seja como o fenômeno que aumenta o grau de exposição ao vírus, seja como o terreno favorável ao desenvolvimento da doença após a contaminação, seja ainda como a causa da diminuição das defesas imunológicas antes do contato com o vírus.[10] Além de sua classificação entre as doenças epidêmicas de ontem (evocando a impotência diante de uma ameaça global e sua evolução acarretando a estigmatização e a exclusão dos doentes) e as doenças modernas,[11] a AIDS se situa na metade do caminho entre as doenças de etiologia biológica e as de etiologia psicossocial.[12]

A nomenclatura e as estatísticas epidemiológicas não só fornecem o ponto de partida de múltiplas reflexões e pesquisas médicas, mas constituem ponto de referência obrigatório sobre as medidas a tomar contra a extensão do mal. Mais particularmente, a expressão "grupo de risco" ou "grupo exposto" convida os responsáveis da política de saúde a medidas preventivas específicas, que levem em conta as características das populações assim designadas. Embora perdendo suas conotações morais iniciais, essa expressão, por força das circunstâncias, torna-se o vetor da prevenção.

O dispositivo preventivo

O tratamento de uma doença é acompanhado, na maioria das vezes, por um debate social que transcende o campo médico. Para mobilizar recursos e fazer valer suas concepções e recomendações preventivas, as autoridades médicas devem valer-se do apoio de atores com objetivos e motivações diversos. A articulação de riscos sociais internos e externos no campo médico, observável na gênese do dispositivo de luta contra a AIDS, determina o grau de autonomia do discurso médico como modo de legitimação das práticas preventivas.[13]

Os primeiros que estão capacitados a formular a opinião médica sobre uma nova patologia são os especialistas que, tendo lidado com os primeiros doentes, acumulam experiência e conhecimentos. Organiza-se em torno deles um campo de especialidade sob a forma de rede de organizações e de associações formais e informais, as quais definem a forma moderna de "competência" segundo Max Weber,[14] que liga as dimensões técnicas e jurídicas na gestão (burocrática) do poder.

Na França, os primeiros casos semelhantes àqueles descritos no *Morbidity and Mortality Weekly Report* aparecem no final de 1981. A partir de 1982, médicos criam, por iniciativa do Dr. Willy Rozenbaum e sem o apoio dos poderes públicos, uma célula de epidemio-vigilância pluridisciplinar, que reúne os médicos que aplicam tratamentos, uma

viróloga, Françoise Brun-Vezinet, um imunologista, Jacques Leibowitch, e um psiquiatra, Didier Seux. Esse grupo de pesquisa fundamental originou as primeiras iniciativas preventivas. Contatos são estabelecidos com o laboratório do Instituto Pasteur, dirigido por Jean-Claude Cherman, onde trabalha o grupo de Luc Montagnier. Tendo Willy Rozenbaum colocado à disposição destes o tecido ganglionar de um de seus pacientes, o vírus pôde ser isolado pouco depois, graças sobretudo ao trabalho de laboratório de Françoise Barré-Sinussi.[15] Essa descoberta abre o caminho para a medicalização e torna possível um discurso preventivo dotado de credibilidade, que permite maior mobilização contra a doença. Estabelecendo contatos com médicos de cidade, esses pesquisadores se reagrupam a partir de 1983 de modo mais formal numa Associação de Pesquisa sobre a AIDS (Arsida).

Além dos aspectos médicos, esses especialistas se preocupam com os problemas psicológicos, sociais, políticos e jurídicos.[16] Diante desse problema altamente técnico, na falta de conhecimentos fundamentais suficientes, os profissionais administrativos e jurídicos não puderam adquirir, nesse campo, papel importante de mediação social;[17] sobretudo no campo das recomendações preventivas, que não foram codificadas com referência aos precedentes das doenças contagiosas e sexualmente transmissíveis.

Esses primeiros especialistas, atentos às informações preocupantes vindas dos Estados Unidos e convencidos da rápida evolução da doença, levam a uma grande informação do público e ao mesmo tempo a uma política de informação dirigida aos grupos mais expostos, sobretudo aos homossexuais; organizados também em associação, os médicos homossexuais expressam sua reserva diante de tal ofensiva, que receiam ser prejudicial à comunidade homossexual. A Associação dos Médicos *Gays*, fundada em 1981, reúne 240 profissionais, dois terços dos quais na região parisiense. Tem por objetivo *"sensibilizar o corpo médico e paramédico para tudo o que diz respeito à saúde dos homossexuais, e informar a comunidade homossexual"*.[18] Primeiros a receber pacientes doentes, eles se preocupam tanto com os efeitos da AIDS sobre a imagem dos homossexuais quanto com sua extensão.

Basta acompanhar a evolução das posições da Associação dos Médicos *Gays* a partir do mês de outubro de 1983. Se um primeiro documento dá ênfase à incerteza e às "*informações muitas vezes contraditórias, das quais uma das conseqüências é a fragilização da comunidade homossexual*", o tom, em 1984, muda radicalmente: "*A análise dos dados franceses revela que a AIDS, na França, tornou-se praticamente uma doença homossexual (...) em matéria de prevenção, a limitação do número dos parceiros sexuais, a abstenção da doação de sangue bem como o uso de preservativos parecem, no momento presente, as únicas medidas voluntárias sensatas.*"[19]

Entrementes, a criação de duas associações — Vencer a AIDS e AIDES — mostra o quanto a doença provoca tensões no próprio seio de organizações homossexuais e adaptações militantes para uma tarefa mais geral: a luta contra a doença. Um médico *gay*, Patrice Meyer, criou a Vencer a AIDS. Inúmeros médicos *gays* juntam-se à associação AIDES, criada pelo sociólogo Daniel Defert. AIDES, que recruta rapidamente várias centenas de voluntários, ocupará uma posição central nesse dispositivo ampliado de perícia, composto de pesquisadores, funcionários hospitalares, médicos de cidades e voluntários. No início de 1988, a AIDES é transformada em federação nacional, reunindo cerca de vinte comitês regionais. Essas associações têm triplo objetivo: a ajuda aos doentes, o apoio à pesquisa e a ação preventiva pela informação do público. A essas funções comuns de associações intermediárias acrescenta-se aquela, mais específica, que responde ao caráter angustiante de uma doença contagiosa: a ação quase militante que permite relativizar as próprias inquietações através do esforço para atenuar as dos outros.

Como toda crise, a situação provocada pela AIDS é propícia à realização de projetos que, em tempos normais, esbarrariam com a indiferença. Daí a forte presença, no dispositivo que se estabelece, ao lado dos médicos, de psiquiatras, psicólogos e outros terapeutas, bem como de pesquisadores. A AIDS renova o esforço em favor da humanização da instituição hospitalar através do cuidado psicológico, do desenvolvimento da hospitalização a domicílio, da criação de apartamen-

tos intermediários terapêuticos ou do acompanhamento dos agonizantes. Isso resulta das entrevistas e publicações de psiquiatras, médicos e enfermeiras que trabalham junto a AIDES. Assim, o projeto dos apartamentos terapêuticos realizado em 1987 remonta às idéias expostas por Didier Seux a partir de 1984. A ajuda aos doentes organizada na associação AIDES por Philippe Le Thomas e Dominique Laaroussi inspira-se nas teorias da ajuda aos agonizantes de Elisabeth Kübler-Ross.[20]

Essa mobilização de base profissional encontra apoio num movimento filantrópico. Se incita a um engajamento comparável ao provocado pelas outras patologias, como a tuberculose, a sífilis e o câncer, a AIDS distingue-se destas pelo método de recrutamento dos voluntários. À motivação clássica de mobilização contra uma doença-flagelo que vê no doente o objeto de escolha de um "ato de sacrifício",[21] acrescenta-se a coincidência entre a estigmatização social e a estigmatização pela doença; as duas se reforçam mutuamente. Essa dupla estigmatização situa os doentes e os soropositivos no cume da violência das relações sociais, daí a necessidade sentida de protegê-los especialmente. Fornecendo às pessoas doentes, aos soropositivos em particular, uma sociabilidade capaz de gerir suas angústias existenciais, as associações combinam a defesa da confidenciabilidade e do direito ao anonimato com a reivindicação de uma aceitação social que permita às pessoas doentes carregar, sem riscos de sanção ou de exclusão, essa marca. Elas se tornam o lugar de predileção da adaptação da militância homossexual em tempos de crise. Essa atitude lembra o modelo da "política de identidade".[22] Os hemofílicos, os homossexuais e, em grau menor, os toxicômanos reiteram, lutando contra a rejeição por causa da AIDS, os combates que travaram para se fazerem reconhecer. Essa política de identidade transforma o caso "privado" de um atributo ocultado e carregado com vergonha em caso "público", tornando esse atributo dizível, a fim de, num prazo mais longo, torná-lo aceitável.

tos intermediários terapêuticos ou do acompanhamento dos agonizantes. Isso resulta das entrevistas e publicações de psiquiatras, médicos e enfermeiras que trabalham junto a AIDES. Assim, o projeto dos apartamentos terapêuticos realizado em 1987 remonta às idéias expostas por Didier Seux a partir de 1984. A ajuda aos doentes organizada na associação AIDES por Philippe Le Thomas e Dominique Laaroussi inspira-se nas teorias da ajuda aos agonizantes de Elisabeth Kübler-Ross.[20]

Essa mobilização de base profissional encontra apoio num movimento filantrópico. Se incita a um engajamento comparável ao provocado pelas outras patologias, como a tuberculose, a sífilis e o câncer, a AIDS distingue-se destas pelo método de recrutamento dos voluntários. À motivação clássica de mobilização contra uma doença-flagelo que vê no doente o objeto de escolha de um "ato de sacrifício",[21] acrescenta-se a coincidência entre a estigmatização social e a estigmatização pela doença; as duas se reforçam mutuamente. Essa dupla estigmatização situa os doentes e os soropositivos no cume da violência das relações sociais, daí a necessidade sentida de protegê-los especialmente. Fornecendo às pessoas doentes, aos soropositivos em particular, uma sociabilidade capaz de gerir suas angústias existenciais, as associações combinam a defesa da confidenciabilidade e do direito ao anonimato com a reivindicação de uma aceitação social que permita às pessoas doentes carregar, sem riscos de sanção ou de exclusão, essa marca. Elas se tornam o lugar de predileção da adaptação da militância homossexual em tempos de crise. Essa atitude lembra o modelo da "política de identidade".[22] Os hemofílicos, os homossexuais e, em grau menor, os toxicômanos reiteram, lutando contra a rejeição por causa da AIDS, os combates que travaram para se fazerem reconhecer. Essa política de identidade transforma o caso "privado" de um atributo ocultado e carregado com vergonha em caso "público", tornando esse atributo dizível, a fim de, num prazo mais longo, torná-lo aceitável.

O fato de que a AIDS tenha atingido, num primeiro momento, mais particularmente as profissões da informação e do espetáculo, esses personagens visíveis e públicos por excelência, sem dúvida alguma

ampliou a visibilidade da doença e a mobilização em torno dela. Para dar conta da importância dos investimentos em saúde pública efetuados pelo setor associativo, pode-se tomar, a título de ilustração, as atividades da AIDES: informação e prevenção por meio da distribuição de folhetos desdobráveis e panfletos (*Safer sex*, soropositivos, toxicômanos, mulheres); redação de um guia endereçado aos clínicos gerais, realizado com a União Nacional das Associações de Formação Médica Contínua (Unaformec); formação de centenas de voluntários (em 1987, 225 voluntários foram formados em 9 sessões). Em resumo de sua prática e de sua reflexão, a associação AIDES elaborou em 1987, por ocasião de um colóquio organizado com Médicos do Mundo, uma declaração dos direitos dos doentes da AIDS e dos soropositivos, declaração que lhe serve de código deontológico para suas próprias ações e para avaliar a de todos os profissionais de saúde. Essa declaração insiste no respeito necessário ao consentimento esclarecido e ao segredo médico, que não devem admitir nenhuma exceção. Os serviços oferecidos às pessoas doentes vão da ajuda individualizada aos doentes ao apoio psicológico em grupos terapêuticos, passando por programas de lazer. A isso se acrescentam um serviço de minitel e uma central telefônica. Esta é um verdadeiro observatório da evolução das mentalidades e das atitudes diante da AIDS. Oferecido a partir de 16 de fevereiro de 1985, a princípio duas vezes e a partir de setembro de 1985 três vezes por semana, esse serviço tornou-se diário a partir de novembro de 1986. O número de chamadas passou de 1.000 em 1985 a 3.841 em 1986 e 8.641 em 1987. Desde o início, o perfil das pessoas que ligavam, na faixa etária de 20 a 40 anos, evoluiu lentamente, apesar da estabilidade da divisão entre homens (75%) e mulheres (25%). Se, até 1986, 60% das chamadas vinham de homossexuais, eles não passam de 40% em 1987. Os pedidos de pessoas soropositivas (20%) se tornaram cada vez mais específicos, colocando ao lado do conselho médico problemas sociais e jurídicos. Desde o início da campanha governamental dirigida ao grande público, em fevereiro de 1987, os heterossexuais telefonam em número cada vez maior e exprimem muitas vezes angústias vagas, sem ligação evidente com a doença.

Isso expõe o problema dos efeitos angustiantes de todo trabalho preventivo e remete à dupla coerção em que se vêem os membros dessa primeira rede profissional e associativa desde o início. Embora devendo mobilizar a atenção de toda a população sobre uma ameaça séria, eles querem neutralizar reações irrefletidas contra bodes expiatórios. Se desdramatizarem demais, não os acusarão de ter minimizado o risco de propagação da doença? Se decidirem alarmar as pessoas, não verão em sua atitude uma forma de caça à minorias sexuais? A preocupação de dominar esses riscos levou esses primeiros "gerentes" da epidemia a reforçar sua aliança.

Um dos primeiros folhetos de informação ao grande público, editado sob a responsabilidade do professor Luc Montgnier e concebido no espírito de uma luta "não-coercitiva" contra a epidemia nascente, exprime bem essas preocupações. Redigido por "médicos, todos especialistas na AIDS (...) que contribuíram para o conhecimento dessa nova doença e de sua origem", esse texto apresenta dois "roteiros extremos". O primeiro, intitulado "filme-catástrofe", imagina uma epidemia generalizada: *"sendo as prostitutas e os 'turistas sexuais' os primeiros atingidos (...) Os médicos e os cientistas permanecem impotentes (...) As autoridades sanitárias devem tomar medidas draconianas para evitar a disseminação da epidemia: o teste anti-LAV torna-se obrigatório para os atestados pré-nupciais. A maioria dos países impõe o teste anti-AIDS a todos os viajantes e os soropositivos são impiedosamente rechaçados (...). Um imposto AIDS foi criado para cobrir o novo déficit da Previdência Social, ocasionado pelas despesas de hospitalização de dezenas de milhares de doentes. As velhas leis que punem a homossexualidade são recolocadas em vigor, ligas de virtude e mosteiros para solteiros castos proliferam."* E um *happy end: "Graças ao esforço coletivo de prevenção, às mudanças livremente consentidas nos costumes, a disseminação da epidemia diminui cada vez mais. Ela dá um descanso que é aproveitado pelos pesquisadores para aplicar vacinas e tratamentos eficazes... A epidemia é finalmente controlada e o vírus da AIDS torna-se tão raro quanto o da varíola. O ano 2000 comemora com animação essa nova vitória do homem..."* Na falta de suficientes

"mudanças livremente consentidas nos costumes", ele prevê que *"as velhas leis que punem a homossexualidade são recolocadas em vigor"*. O segundo roteiro, desembocando na festa animada de *"uma nova vitória do homem"*, só tem chance de ter êxito se os homossexuais fizerem o jogo e se a ciência progredir tão rápido quanto se pode esperar. Os especialistas concluem: *"A realidade se situará, provavelmente, entre esses dois roteiros extremos, mais próxima, esperamos, do segundo que do primeiro. 'O pior nunca é garantido', dizem. Mas cabe a nós prepararmo-nos para o pior, a fim de evitá-lo"*.[23]

Esse folheto convida, então, a uma aliança entre os grupos expostos, as associações filantrópicas e o corpo médico, permitindo negociar as diversas medidas de luta: apoio à pesquisa fundamental (sobretudo no Instituto Pasteur); criação de um sistema de observação no Ministério da Saúde pela declaração anônima dos doentes, que se tornou obrigatória a partir de 1986; teste de detecção sistemático de anticorpos do vírus HIV em cada doação de sangue, eliminação das extrações soropositivas e inativação viral dos concentrados dos fatores de coagulação a partir de agosto de 1985 (medida que visa reduzir o risco de contaminação dos hemofílicos e das pessoas que sofrem transfusão de sangue); elaboração de uma deontologia que limita o teste de detecção às pessoas que dêem seu consentimento e estipula a comunicação do resultado do teste a todos os indivíduos soropositivos; reembolso do teste pela Previdência Social, incentivo ao teste voluntário nos grupos mais expostos e no contexto de exames pré-nupciais e pré-natais; formação dos clínicos gerais e pessoal da área da saúde; campanha de informação ao grande público no início de 1987 sob o *slogan* "A AIDS não passará por mim"; apoio a diferentes fontes de informação dirigida a um grupo específico (os jovens); criação de centros de detecção anônimos em todos os departamentos da França. A política de informação visou essencialmente a "responsabilização individual", que consiste em levar os indivíduos que possuem "perfil de risco" a interiorizar a vigilância.

Dois relatórios de informação parlamentares resumem bem a filosofia dessa política.[24] O relatório "AIDS: questão de sociedade" compara a atitude francesa com aquela, mais coercitiva, adotada em

outros países. Definindo a situação atual como prova para a capacidade de apreender esse problema de saúde pública de modo pragmático, liberal e esclarecido, esse relatório endossa a declaração universal dos direitos dos doentes da AIDS e dos soropositivos que as associações AIDES e Médicos do Mundo haviam elaborado. Ele rejeita as medidas coercitivas e insiste na eficácia das mudanças voluntárias.

Essa gestão francesa "não-coercitiva" do risco harmoniza-se com as propostas da Organização Mundial de Saúde, apresentadas por Jonathan Mann no Congresso de Washington, no mês de maio de 1987.[25] Nesse texto, os especialistas apresentam a AIDS como o "flagelo" dos tempos modernos que medidas repressivas não conseguiriam combater. Essa estratégia liberal é justificada pelos efeitos prováveis de medidas repressivas, que levariam as pessoas doentes, por medo de exclusão, a escolher a clandestinidade e a recusar o acompanhamento médico.

Lembramo-nos, a esse respeito, do modelo panóptico de Michel Foucault e sua aplicação por Robert Castel no caso da prevenção das doenças mentais: *"A vigilância supõe uma co-presença dos controladores e dos controlados num espaço homogêneo varrido pelo olhar."* Já o vemos em uso — de certo modo, em estado puro — nos grandes estudos epidemiológicos e na gestão previsional dos riscos (no caso, a transmissão por via sexual): *"Aquilo de que elas tratam, num primeiro momento, pelo menos, não são indivíduos, mas fatores, correlações estatísticas. Elas desconstroem o sujeito concreto da intervenção para recompô-lo a partir de uma configuração de elementos heterogêneos. Assim, pode-se falar menos de uma vigilância que, mesmo a distância, escolhe sempre alvos precisos e materiais, do que de construção de uma combinatória sistemática de todos os agrupamentos possíveis suscetíveis de produzir risco. Trata-se menos de enfrentar uma situação já perigosa do que prever todas as formas possíveis da irrupção do perigo. E o que marca assim o lugar do perigo é uma distância calculável em relação a normas médias"*[26] (sobretudo práticas sexuais não-contaminantes).

A dupla coerção mencionada mais acima explica, pelo menos até 1985, a carência dos poderes públicos nesse campo, com exceção do

apoio concedido à pesquisa. Representando e agindo em nome do interesse geral, o Estado tem dificuldade de conceber e colocar em prática medidas dirigidas a grupos específicos. O sistema associativo precedeu então, claramente, as instituições, quer se trate da informação, da prevenção ou da ação social e psicológica. Difícil, de outro modo, caracterizar as relações entre associações e poderes públicos. Se sua ação pode parecer, em certos aspectos, complementar e resultante de uma divisão do trabalho quase negociada, o esforço associativo é financeiramente menos sustentado na França do que em outros países, a Inglaterra ou a Alemanha, onde os poderes públicos se apoiaram oficialmente no setor associativo para a prevenção. Cada decisão política lança de novo a controvérsia sobre sua legitimidade técnica e seus eventuais efeitos secundários: "Não se pode interpretar como discriminação o pedido feito aos homossexuais de se absterem de doar sangue?", diziam alguns em 1984, e outros se preocupavam com o cuidado psicológico a ser fornecido aos soropositivos descobertos por ocasião do teste sistemático das doações de sangue. A essas preocupações de legitimidade política acrescenta-se a lentidão administrativa. Assim, foi preciso esperar vários meses entre o anúncio e a entrada em vigor em janeiro de 1987 da suspensão da proibição de publicidade para os preservativos, e entre aquela, na primavera de 1987, da abertura de centros de detecção gratuitos e anônimos, o primeiro dos quais foi aberto em março de 1988. Também nesse caso, a ação dos poderes públicos foi precedida por associações na cidade de Lyon e, em Paris, por Médicos do Mundo.

Mas o momento mais revelador da inadequação do esforço público aos objetivos fixados é a campanha nacional de informação. A fraca eficácia preventiva de campanhas gerais, não dirigidas a nenhum grupo específico, é fenômeno bem conhecido dos especialistas, confirmado por outras campanhas nacionais sobre a AIDS.[27] A campanha francesa se distingue por seu "perfil baixo", que se recusa ao mesmo tempo a lançar mão do medo e a utilizar imagens que invoquem diretamente as práticas e os grupos mais expostos. A mensagem "A AIDS não passará por mim" e as imagens escolhidas, jovens quebrando uma curva vermelha ascendente, não são de natureza a provocar uma ver-

dadeira tomada de consciência da gravidade da epidemia, nem a provocar uma identificação com a mensagem por parte das pessoas mais expostas, a quem se trata de alcançar prioritariamente. Podendo ser lida como uma convocação ao "salve-se quem puder" e como a imagem, não somente da responsabilidade, mas da onipotência individual, essa campanha também não pode provocar compaixão nem solidariedade. Além disso, razões intrínsecas ao Comitê Francês para a Educação sobre a Saúde (CFES), responsável pela campanha, fizeram com que somente um número limitado de folhetos fosse distribuído, além de anúncios televisivos. As mudanças de comportamento induzidas por essa campanha são mínimas: na população heterossexual, elas não ultrapassam 4%, e os homossexuais começaram a mudar muito antes dessa campanha.

Tudo se passa como se, independentemente de sua coloração política, a atitude governamental francesa sempre tivesse tido como preocupação principal o consenso político. E se na França o risco de derrapagem política foi efetivamente bem dominado, o mesmo não se pode dizer do risco de saúde. Mas por trás dos traços característicos da AIDS e da dupla coerção em que ela coloca os políticos destaca-se o problema mais estrutural que revelou a irrupção dessa doença imprevisível: a fraqueza das tradições de saúde pública na França.

Outras pressões acrescentam-se e pesam sobre a decisão política. Apurando sua definição dos grupos e dos fatores de risco, a epidemiologia fornece instrumentos de observação e de intervenção. Essa medicalização do problema e a estratégia de responsabilização individual levou os responsáveis políticos a autorizar a venda de preservativos e de seringas. A primeira dessas medidas é interpretada pela Igreja católica como uma defesa da sexualidade livre, a segunda pelos meios conservadores como incentivo à toxicomania. Após terem alimentado, no espaço público, a "desdramatização" diante do crescimento do mal, as medidas concretas de prevenção ferem suscetibilidades morais e políticas. Estas se dedicam a fazer a reflexão sobre a AIDS sair do campo restrito da especialidade médica tomando como base as representações múltiplas e contraditórias que fazem dela o flagelo do final do século XX.

[1] Quanto a essa abordagem em sociologia da ciência, cf. o número especial "Knowledge and controversy: Studies of modern natural science", *Social Studies of Science*, 11, 1, fevereiro de 1981, editado por H. M. Collins.

[2] A referência a esses dois modelos coexiste desde a primeira descrição de caso, por Michael Gottlieb e Howard Schanker, no *Morbidity and Mortality Weekly Report*, de 5 de junho de 1981.

[3] Cf. J. Leibowitch, *Un virus étrange venu d'ailleurs*, Paris, Grasset, 1984, p. 83 ss.

[4] F. Laplantine, *op cit.*, p. 177 ss.

[5] J. Heilbron e J. Goudsmit, "A propos de la découverte du virus du sida. Mécanismes de concurrence et de défense dans un conflit scientifique", *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 69, setembro de 1987, p. 99.

[6] R. W. Enlow, "Epidemiology and immunology of acquired immune deficiency syndrome", *in*: St. E. Nichols e D. G. Ostrow, *Psychiatric implications of acquired immune deficiency syndrome*, Washington D. C., American Psychiatric Press, 1984, p. 4.

[7] A. G. Fettner e W. A. Check, *The truth about AIDS*, Nova York, Holt, Rinehart and Winston, 1984, p. 60 ss.

[8] James Curran, diretor do CDC, em sua breve conferência no I Congresso Mundial sobre as DST (San Juan, novembro de 1981). Cf. a discussão que esta provocou na imprensa homossexual americana: N. Fain, "Is our 'lifestyle' hazardous to our health?", *The Advocate*, 18 de março de 1982, e Ch. Guilford, "AIDS forum: Politics and science collide", *Gay Community News*, 23 de fevereiro de 1983.

[9] Quanto a essas discussões americanas sobre a classificação em "grupos de risco" e à retirada dos haitianos em relação a esta, cf. D. Altman, *AIDS in the mind of America*, Nova York, Doubleday, 1986, p. 71 ss.

[10] J. L. Martin e C. S. Vance, "Behavioral and psychosocial factors in

AIDS. Methodological and substantive issues", *American Psychologist*, 1984, 39, p. 1303-4. Ressaltemos que as concepções dominantes nos Estados Unidos e na França atribuem peso muito diferente aos "co-fatores" psicológicos e sociais no desenvolvimento da infecção HIV. A literatura científica francesa tende a atribuir pouca importância aos "co-fatores" que não sejam os antecedentes de doenças venéreas (cf. *Le praticien et le sida*, Secretaria de Estado encarregada da Saúde, Paris, Comitê Francês de Educação para a Saúde, 1985, p. 7). Em compensação, a literatura americana continua a conceder lugar importante ao *stress* e aos fatores psicossociais no desencadeamento e na evolução da doença: L. Temoshok, J. Zych, G. F. Solomon e D. P. Stites, "An intensive psychoimmunological study of long-surviving persons whit AIDS", Communication M.5.5. 3d International Conference on AIDS, Washington D. C., junho de 1987, Abstract Volume, p. 4.

[11] C. Herzlich e J. Pierret, "Le phénomène sida. Discours autour d'une maladie", *in* E. Hirsch (org.), *Le sida. Rumeurs et faits,* Paris, Cerf, 1987, p. 19-20.

[12] Cf. H. Selye, "D'une révolution en pathologie: le syndrome d'adaptation et le concept de stress", *La Nouvelle Revue Française*, 15, 1954, p. 407-28.

[13] Cf. P. Pinell, "Fléau moderne et médecine d'avenir: la cancérologie française entre les deux guerres", *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 68, junho de 1987, p. 45.

[14] M. Weber, *Wirtschaft und Gesellschaft*, tomo 2, Colônia, Kiepenheuer und Witsch, p. 704 ss.

[15] Quanto a essa história, cf. W. Rozenbaum, D. Seux e A. Kouchner, *Sida. Réalités et fantasmes*, Paris, POL, 1984, p. 20 ss., e J. Heilbron e J. Goudsmith, "A propos de la découverte du virus du sida. Mécanismes de concurrence et de défense dans un conflit scientifique", *Actes de la Recherche en Sciences sociales*, 69, setembro de 1987, p. 98-104.

[16] Ph. Fritsch, "Situations d'expertise et 'expert-système'", *in: Situations d'expertise et socialisation des savoirs. Actes de la table ronde*

organisée par le Cresal à Saint-Etienne les 14 et 15 mars 1985, Saint-Etienne, Cresal, 1985, p. 17 ss.

17 Cf. Y. Dezalay, "De la médiation au droit pur: pratiques et représentations savantes dans le champ du droit", *Annales de Vaucresson*, 21, 1984, p. 11 ss.

18 AMG. Associação dos Médicos *Gays*, texto de apresentação mimeografado, s. d.

19 Declaração da AMG de 26 de outubro de 1983 e de setembro de 1984.

20 Cf. D. Laaroussi, "La relation thérapeutique: une dimension d'amour", *in*: E. Hirsch, *op. cit.*, p. 151 ss. Ph. Le Thomas é o autor de tese de doutorado sobre "Histoire des rapports du médecin et de son patient mourant dans la littérature française du 19º siècle" (Universidade de Paris, 7, Faculdade de Medicina Lariboisière-Saint-Louis, 1982).

21 Como mostra P. Pinell (*art. cit.*, p. 46), essa associação entre o número e o horror é constitutiva da dialética entre a definição de uma patologia como "flagelo social" e o surgimento de associações filantrópicas em torno dessa patologia.

22 E. Goffman, *op. cit.*, p. 146-8. Essa tendência que permite interpretar, pelo menos em parte, a luta contra a AIDS como uma adaptação da militância homossexual é particularmente acentuada nos Estados Unidos, onde a maior associação novaiorquina de luta contra a AIDS se chama *Gay Men Health Crisis*. Cf. D. Altman, *op. cit.*, p. 82 ss.

23 L. Montagnier (sob a direção de), *Des spécialistes répondent à vos questions*, Paris, Fundação Internacional para a Informação Científica, 1985, p. 67.

24 M. Hannoun, "Le sida: question de société", *Assemblée Nationale*, nº 1090, 2 de fevereiro de 1987; B. Debré, "La lutte contre le sida", *Assemblée Nationale*, nº 1091, 2 de fevereiro de 1988.

25 Cf. o discurso pronunciado em junho de 1987, no III Congresso Internacional sobre a AIDS, em Washington, por Jonathan Mann, diretor do programa AIDS na Organização Mundial de Saúde,

"AIDS epidemiology, impact, prevention and control: the World Health Organisations perspective", mimeografado.

26 R. Castel, *La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris, Ed. de Minuit, 1981, p. 146.

27 Cf. a análise avaliadora da campanha inglesa: *AIDS advertising campaign. Report on four surveys during the first year of advertising 1986/87. Prepared for Central Office of Information by the British Market Research Bureau Ltd.*, julho de 1987, mimeografado. Essa avaliação verifica a ausência de impacto sobre o comportamento da população heterossexual apesar do aumento do grau de informação.

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DE UM RISCO

Como falar sobre o assunto?

As informações publicadas na imprensa a respeito da AIDS são o produto do cruzamento das informações médicas e das percepções sociopolíticas dos jornalistas. O risco de "cobrir a atualidade", supondo a seleção das informações que merecem esse rótulo, une os jornalistas num campo de concorrência relativamente autônomo.

No caso da AIDS, essa autonomia relativa leva a um fluxo e refluxo da informação, a "tempos agitados" e "tempos mortos", que parecem comandados por uma mão invisível.[1] Duas lógicas do mercado da informação produzem essa impressão. A primeira, de ordem cronológica, acompanha os acontecimentos científicos surpreendentes (descoberta do vírus, conflito franco-americano, medicamentos milagrosos) ou antes sociais (morte de artistas famosos como Klaus Noemi, Rock Hudson, ou boatos sobre os artistas que se supõe estarem contaminados); a segunda resulta da estimulação recíproca exercida entre os jornais, que provoca a publicação simultânea de reportagens sobre a AIDS. Sustentam essa estimulação a concorrência ferrenha por um "furo" e o intercâmbio entre redatores de jornais muitas vezes concorrentes (sob a forma de mexericos, de telefonemas para se darem uma "mãozinha", trocas de endereços de informantes ou das últimas estatísticas).

Além desse efeito que tende a unificar o assunto tratado intervém a arte do jornalista, que consiste em ajustar a natureza da informação à expectativa dos leitores.[2] Como apresentar, no caso da AIDS, as más notícias, colocando no banco dos réus indivíduos "difíceis", os homossexuais e os toxicômanos? A apresentação da AIDS pelo campo jor-

nalístico não se organizou espontaneamente em torno das oposições tradicionais esquerda/direita, público burguês/público popular e público jovem/público adulto, mas teve de agir às apalpadelas, como se, incapazes neste caso preciso de prever as expectativas dos leitores, os jornalistas tivessem sido colocados diante da necessidade de construir progressivamente uma nova forma de expressão, um novo "instinto". Entre 1981-1982 e 1984, vista como uma doença essencialmente americana (em 18 de junho de 1983, *Le Matin* exibia a manchete *"Nova York se debate, Paris continua a dançar"*), a AIDS ainda é suficientemente "estrangeira" (e estranha) para não chegar a preocupar o público francês.

As palavras escolhidas para falar da AIDS, e portanto automaticamente dos homossexuais, mostram o quanto a informação médica depende das supostas concepções morais dos leitores. À primeira vista, os diários de direita (*Figaro, Quotidien de Paris, France-Soir*), mas também *l'Humanité*, falam da AIDS de modo mais discreto e mais neutro do que os de esquerda (*Le Monde, Le Matin, Libération*). É *France-Soir*, o de maior distribuição, que, antes de 1987, fala menos sobre o assunto, em artigos predominantemente curtos, mais pelo meio indireto de historietas do que de editoriais.

Dirigindo-se a um público tradicional, *Le Figaro* e *Le Monde* concentram suas informações sobre a interpretação de notícias médicas, ao passo que *Le Matin, Libération* e o *Quotidien*, encarnando um jornalismo mais "moderno", dão ênfase aos "fenômenos da sociedade". Neles, também se fala mais livremente da homossexualidade, de modo que o *Libération*, que marca a ascensão da geração de 68 nos meios de comunicação de massa, ocupa uma posição extrema, marcada pelo estilo direto da reportagem ao natural. Destacam-se oposições semelhantes no campo dos semanários, ocupando o *Nouvel Observateur* e *L'Evénement du Jeudi* lugar equivalente ao do *Libération* e do *Matin*; *L'Express* e o *Figaro Magazine*, ao do *Figaro*; situando-se *Le Point* numa posição intermediária.

Fiel à decisão de chamar as coisas pelo nome, o *Libération* foi, de todos os jornais, aquele que, ao mesmo tempo por sensacionalismo e por franqueza, mais diretamente falou dos homossexuais. Enquanto *Le*

Matin e *Le Quotidien* se limitam a partir de 1982 ao termo "doença dos homossexuais", o *Libération* exibe já em 13-11-1981 a seguinte manchete: "A peste nos EUA", e em 6-1-1982: "Misterioso câncer dos homossexuais". Essa designação de "câncer *gay*", comum no *Libération*, aparece mais raramente nos outros diários.

O *Libération* se encontra, já em 1982, à frente das controvérsias que agitam as organizações *gays* e os meios intelectuais parisienses. "Deve-se ou não falar sobre o assunto?", essa pergunta dos médicos *gays* é discutida no exemplar de 27-4-1982. Exprimindo *"a vontade de não assustar as pessoas sem razão...*(e) *o argumento militante clássico da inoportunidade de uma informação explorável pelas forças da repressão moral"*, os médicos *gays* se opõem à posição do Dr. Willy Rozenbaum, que destaca as taxas de mortalidade nos Estados Unidos (60% dos doentes) e a urgência de uma informação dos médicos e do público pelo meio mais eficaz: os meios de comunicação de massa.

Compreendendo bem essa mensagem, o *Libération* publica regularmente informações, e a AIDS ocupa lugar de predileção nas cartas dos leitores. A mudança de tom e o aumento do número dos artigos dedicados a AIDS são notáveis a partir do final de 1983 e do início de 1984 em todos os jornais. Após a descoberta do vírus, a patologia perde seu lado misterioso. *Le Monde* publica, em setembro de 1983, conselhos relativos à prevenção sexual traduzidos de uma obra americana.

Tudo se passa como se os jornais de direita se tivessem imposto uma reserva, uma forma de autocensura, para não chocar a sensibilidade moral dos leitores e evitar a acusação de alimentar os preconceitos tradicionais. Outros jornais, como o *Libération*, lido por muitos homossexuais, se viram colocados numa posição difícil de ser suportada: a política editorial do *Libération*, que quer, ao mesmo tempo, defender os homossexuais contra eventual estigmatização (censuras implícitas feitas a outros meios de comunicação de massa e forças sociais, por explorarem essa doença com fins ideológicos) e fazê-los tomar consciência dos riscos reais (pelo fato de se dirigir especialmente a eles nas reportagens relativas a AIDS) pode ter parecido paradoxal, até mesmo contraditória.

Essa posição ambígua do *Libération* está condensada no artigo "Os homossexuais e o efeito AIDS", publicado em 20/21-10-1984: "*À medida que sua* (da AIDS) *progressão se acelera, eles* (os homossexuais) *tendem a se tornar vítimas quase exclusivas.*" A partir dessa explicação e observando uma oscilação das reações homossexuais entre "*uma atitude defensiva de pura negação*" e o pânico, esse texto pode ser lido como um chamado à responsabilidade e à organização de luta contra a AIDS: "*Razoavelmente confundida por esse mal misterioso, a medicina lembrou aos vivos que eles não estão definitivamente a salvo de uma ameaça epidêmica... E sobretudo os homossexuais se viram de novo, subitamente, em primeiro plano: quando começavam a se beneficiar pública e abertamente de certa autonomia no embalo da 'liberação sexual', esta, já um tanto desgastada, se revela subitamente muito arriscada no plano fisiológico. E os homossexuais atingidos pela AIDS representam precisamente os desgovernos mais extremos dessa 'liberação': os primeiros casos diziam respeito essencialmente a esses adeptos da bulimia e do ativismo sexuais... Prova que engendra, ao mesmo tempo, o risco de rejeição do grupo 'contagioso' e uma culpa, mais disfarçada por ser negada, entre seus membros. Os homossexuais franceses, atingidos biologicamente por essa doença e socialmente como etnia cultural, negaram por muito tempo a ameaça, às vezes com atitudes histéricas.*"

Independentemente de suas intenções benévolas, esse estilo direto e a escolha das palavras podem chocar seus destinatários privilegiados.[3]

A recusa do estereótipo

A apresentação, pelos meios de comunicação de massa, dos homossexuais como "grupo de risco" entra em conflito com a imagem que os homossexuais querem transmitir de si mesmos através de seus porta-vozes mais ou menos autodesignados. Se "ser notícia", aparecer na primeira página dos jornais, é um risco político indispensável para todo

grupo que queira dotar-se de força de negociação suficiente na definição de seu lugar social,[4] no presente caso a visibilidade torna-se sinônimo de uma percepção que acarreta a marginalização. Os meios de comunicação de massa homossexuais tiveram, portanto, de gerir juntos as tensões resultantes da recusa de classificação e da preocupação médica maior. A prova disso é o semanário *Gai Pied Hebdo*, a única publicação homossexual com grande distribuição que pode permitir-se financeiramente uma política editorial. Apoio de uma identidade coletiva, os redatores que compartilham em relação ao tema as mesmas angústias existenciais devem ficar atentos tanto aos leitores à procura de si quanto às informações.

Se, até 1984, a grande imprensa tem dificuldade em ocultar seu fascínio na publicação das pesquisas mais espetaculares, a partir de 1985 emprega um tom mais moderado em relação às incertezas ligadas especialmente à classificação em grupos de risco. Somente mais tarde o doente é apresentado como um indivíduo que sofre, e não mais sob a forma estereotipada de um desregrado.

A partir de 1982, a entrevista com um dos primeiros doentes franceses no *GPH* visa destruir essa caricatura: *"A viagem aos Estados Unidos, há dois anos, não parece ter determinado sua doença, não mais do que os* poppers *que já tenha consumido. Marc, porém, está convencido de ter câncer* gay, *como o especialista que trata dele. O câncer... Em vinte anos de pesquisas ferrenhas, os médicos não conseguiram explicá-lo para nós. Estaria ele ligado ao modo de vida urbano, e portanto o 'câncer* gay' *a nosso* stress *sexual (52% de casos em Nova York, 22% na Califórnia, 23% nos outros Estados e 3% em outros lugares...)? Marc prova o contrário. Talvez fosse preciso arrancar esse novo problema doloroso da exclusividade médica e estabelecer o debate em termos mais amplos."*

A insistência reiterada, no *GPH*, na incerteza científica, a partir de 1982, marca a reação de defesa às vezes violenta do grupo diante da condescendência ou dos preconceitos de certos escritos científicos — (*"Trepar é perigoso? E atravessar a rua então..."*). A partir dessa época, *GPH* atribui lugar importante às iniciativas de ajuda aos doentes,

publicando em abril de 1983 uma primeira reportagem sobre o "Shanti project" de São Francisco, que se tornaria um modelo do gênero. Em outubro de 1984, uma entrevista com Didier Seux explica as reações do meio dos doentes à revelação da homossexualidade pela doença.

Os meios de comunicação de massa *gays* tiveram de gerir muito cedo as expectativas emocionais contraditórias, reveladas pelas cartas dos leitores e pelos editoriais.

29 de novembro de 1983: *"Muitos nos acusam de ser levianos demais em relação à famosa síndrome. 'Vocês querem nos esconder a verdade', escreveram-nos. Essa impressão se deve à nossa vontade de não dramatizar. Fornecemos muitas informações sobre a AIDS. Há muito tempo... Desconfiamos do alarmismo e dos amálgamas sumários. Dar o alarme teria sido o melhor meio de transformar a AIDS em doença dos homossexuais. Preferimos restringir-nos a nosso papel de informante imparcial. Sabemos que a maioria de nossos leitores está longe de ter vida sexual desregrada. Falamos de nossas chances de ganhar na loteria a alguém que não joga? Por outro lado, os 'homossexuais com parceiros múltiplos', como se diz nas estatísticas, formam importante minoria de nossos leitores."*

22 de setembro de 1984: *"Muitos leitores protestam: não falem demais da AIDS, é uma doença de parisiense. Correndo o risco de decepcioná-los, há muito tempo empenhamo-nos em acompanhar a doença em sua evolução, ao ritmo das novas estatísticas e dos progressos da pesquisa científica... Tratamos neste momento de alguns casos de AIDS que tinham uma vida sexual limitada... Daí a prudência dos conselhos formulados pelos médicos. Pois a pesquisa também não chegou ainda a resultados convincentes."*

A prudência dessas palavras mostra as tensões geradas pela AIDS na comunidade homossexual e em cada indivíduo. Essas forças contraditórias, centrípetas e centrífugas, dão origem a uma situação realmente revoltante. Mas, porque toda revolta contra um vírus parece inútil, os únicos gestos de revolta impotente procuram exprimir-se na indignação em relação à grande imprensa, a seu alarmismo e a seu gosto pelo sensacionalismo, antes que o *GPH* se empenhe deliberadamente numa

linha editorial em favor de práticas sexuais de menor risco a partir de meados de 1984.

Duas oposições governam então a informação sobre a AIDS. Uma, entre a imprensa dirigida ao grande público e a imprensa homossexual; a outra, na imprensa dirigida ao grande público, entre a imprensa estabelecida, mais tradicional, e a imprensa dirigida a um público jovem, que conta inúmeros homossexuais entre seus leitores. Até 1984, essas oposições se manifestam pelo "constrangimento em falar do assunto" de alguns e a dupla estratégia retórica de outros, que querem defender os homossexuais como grupo, embora responsabilizando-os diante do risco. Elas provam o quanto a construção da imagem da AIDS pelos meios de comunicação de massa depende mais da imagem do primeiro grupo atingido do que da imagem da patologia em si mesma. Essas duas atitudes contraditórias de gênero ou de militância vão convergir.

A mudança

Após a descoberta do vírus e a descrição na imprensa médica de um número crescente de casos que não pertencem aos "grupos de risco" inicialmente definidos, tornando-se a AIDS ameaça para a população em seu conjunto, o discurso e a argumentação sobre a patologia vão ver-se modificados. A partir de 1983, *La Recherche* publica um artigo intitulado "A doença dos homossexuais não existe mais" e apresenta a hipótese segundo a qual a AIDS "é, provavelmente, uma doença infecciosa".[5] A cartografia das seqüências nucléicas do vírus LAV isolado no Instituto Pasteur em 1983 pela equipe de Luc Montagnier, publicada no outono de 1983, é seguida da publicação, em janeiro de 1984, da identificação do vírus HTLV 3 por Robert Gallo. A realização de testes de detecção começa na mesma época. Todos os detalhes científicos são imediatamente reproduzidos na grande imprensa, que, reorientando o tratamento da informação, vai passar da descrição de grupos de risco e de supostos fatores de transmissão ao relato da concorrência científica e da exploração econômica das descobertas.

Mesmo que os fenômenos de concorrência contradigam sua imagem idealizada, a ciência continua a encarnar a esperança de uma vitória que até 1985 se julgava iminente sobre a doença. Quanto aos jornalistas, embora parecendo querer evitar o pânico coletivo, não deixam de recorrer aos títulos sensacionalistas que o alimentam: "AIDS: a nova peste" (*Le Nouvel Observateur*, 26 de abril de 1985); "AIDS: estado de urgência" (*Le Matin*, 15 de junho de 1985); "AIDS: novo grito de alerta" (*Le Matin*, 15 de janeiro de 1986). Mas os pontos de interrogação também se multiplicam: "Deve-se ter medo da AIDS?" (*L'Express*, 26 de julho de 1985); "Psicose e realidades. AIDS: deve-se ter medo do sexo?" (*Le Point*, 16 de setembro de 1985).

Estimulados pelas leis do mercado, as esperanças na pesquisa científica tornam-se um argumento de choque e fonte de otimismo inesgotável: *"Certamente, a AIDS nos reconduz à Idade Média epidêmica. Mas, até nova ordem, continuamos numa sociedade evoluída, sujeita às leis do mercado. Ora, a AIDS tornou-se um mercado fantástico. É uma doença que atinge uma clientela solvível. Será portanto vencida bem mais depressa do que os flagelos imemoriais que assolam o Terceiro Mundo. Há muito dinheiro a ganhar nos testes de detecção, nos remédios e, talvez um dia, nas vacinas."* (*Le Nouvel Observateur*, 26 de abril de 1985, p. 68.)

Essa mudança de argumentação provoca, nos meios de comunicação de massa, a lenta adaptação a um risco generalizado, anteriormente reservado a uma minoria e aos países longínquos (África, Estados Unidos). Contudo, os homossexuais não desaparecem, nem dos jornais, nem das pesquisas. Objetos sexuais fascinantes, tornam-se o ponto de passagem obrigatório das observações científicas e transformam-se progressivamente em experimentadores de medidas preventivas, em campo de observação para medir a velocidade de difusão de novas condutas sexuais.

A associação entre AIDS e homossexuais perde assim seu caráter de acusação insidiosa (segundo um artigo publicado pelo *Libération*, em 20/21 de outubro de 1984, o professor Mathé havia falado de um vírus que *"os clubes internacionais de homossexuais disseminam"*). Por

força das circunstâncias, os homossexuais tornam-se a partir de então os primeiros experimentadores da viabilidade de uma política de prevenção que se vale do livre consentimento das pessoas expostas, mais do que de medidas coercitivas.

Não é de surpreender, portanto, que todas as reportagens sobre a AIDS publicadas nos semanários entre o verão e o fim de 1985 dediquem várias páginas aos *gays*, embora estes já não sejam o "alvo privilegiado do vírus": *"Entre os homossexuais doentes, muitos tiveram um modo de vida bastante especial: múltiplos parceiros em número por vezes extraordinários — às vezes, até várias centenas por ano. Os que têm menos de 30 anos se lançariam menos do que os mais velhos nessa forma de sexualidade desmedida, no anonimato dos contatos-relâmpago, múltiplos às vezes numa única noite — em locais de encontro especializados — chegando a um número que sequer ouso mencionar."* (*Le Point*, 16 de setembro de 1985.) *"Antes, a gente vinha aqui apenas por causa das salas reservadas, as salas escuras dos fundos, em busca de parceiros anônimos e ilimitados. O prazer do corpo pelo recorde: um imenso lugar para trepar, um caldo de cultura para a AIDS."* (*Le Nouvel Observateur*, 9 de agosto de 1985.) *"A AIDS atingiu a comunidade* gay *no momento em que a batalha por seus direitos parecia bem encaminhada. Por muito tempo, poderemos indagar-nos sobre o simbolismo do vírus."* (*L'Express*, 26 de julho de 1985.)

O momento decisivo que ocorreu nos meios de comunicação de massa entre 1984 e 1985 diz respeito à definição do risco e dos grupos expostos; "desdramatizar" torna-se então o objetivo principal dos porta-vozes oficiais. Essa desdramatização é permitida pela medicalização do fenômeno e pelo lugar concedido aos especialistas. Na maioria dos diários e dos semanários, a informação é comentada por jornalistas especializados nas questões médicas, os quais muitas vezes são médicos também. Os especialistas mais ilustres são citados e entrevistados com freqüência, não só no domínio restrito de sua competência, a virologia ou a imunologia, mas ainda sobre os problemas sociais e políticos envolvidos. Os pesquisadores e médicos implicados na descoberta do vírus (Montagnier, Chermann, Rozenbaum e Gluckman) são solicitados

com mais freqüência do que os chefes de serviço que acolheram os primeiros doentes (Escande, Gentilini e Coulaud). Esse lugar concedido aos especialistas mostra o quanto a AIDS conseguiu mobilizar, desde seu aparecimento, esses dois agentes coletivos, os meios de comunicação de massa e a ciência, harmonizando, nesse caso preciso, seus interesses.

Essa osmose permite à ciência, principal fonte de esperança, construir uma imagem triunfalista e à imprensa arrogar-se o papel de mediadora das paixões e das angústias. Os meios de comunicação de massa, certos da legitimidade que lhes é assim concedida, podem reivindicar sua parte na luta contra os medos irracionais e pela prevenção. Nessa relação entre meios de comunicação de massa e ciência, em que "só serve bem aquele que se serve bem", os cientistas se beneficiam do apoio dos meios de comunicação de massa, que, em troca, os incluem em sua estratégia. A importância dessa aliança basta para distinguir a AIDS das epidemias históricas às quais pôde ser comparada, sendo que os especialistas científicos funcionam como fonte exclusiva de legitimação técnica e política, e os meios de comunicação de massa exercem o duplo papel de instância de consagração e de caixa de ressonância.

Exemplos que deveriam ter subvertido esse poder exercido em conjunto confirmam, se necessário, a força inabalável do acordo entre ciência e meios de comunicação de massa. Entre os acontecimentos mais notáveis dos meios de comunicação de massa figuram o anúncio, em 1984, da descoberta do vírus HTLV 3 pelo professor Gallo, na presença da Sra. Heckler, ministra americana da Saúde, e a apresentação, em novembro de 1985, da ciclosporina, na presença da Sra. Dufoix, ministra francesa da Saúde. Nos dois casos, a apresentação nos meios de comunicação de massa precede, e até mesmo evita, os processos habituais de consagração de um fato científico, levando sumidades políticas a arriscar seu crédito em declarações precipitadas (a Sra. Heckler afirmando que a descoberta do vírus abria o caminho para a descoberta de uma cura em seis meses, a Sra. Dufoix vendo na ciclosporina o caminho do futuro).

longe na revelação dos aspectos menos confessáveis de seus métodos de concorrência, o logro no primeiro caso, o blefe no outro.[6] No entanto, nada permite afirmar que essa auto-revelação tenha podido manchar sua imagem de maneira permanente.[7]

Temos o direito de nos perguntar sobre as razões profundas do consenso de "desdramatização" que prevalece nos meios de comunicação de massa franceses, a ponto de transmitir aos leitores impressões contraditórias, já que *"dizer que não se deve ficar apavorado é reconhecer que pode haver razões para ficar apavorado"*.[8] A maioria dos artigos têm como pano de fundo o "medo do medo", podendo sobretudo as reportagens sobre o pânico diante de nova doença contagiosa provocar a destruição de nossos valores frágeis de civilização, liberdade, democracia, solidariedade institucionalizada. O uso das experiências estrangeiras pelos meios de comunicação de massa franceses mostra o quanto a informação sobre a AIDS está intimamente ligada à eliminação de medos irracionais coletivos.

O exemplo estrangeiro

A referência ao estrangeiro exerce papel essencial na propaganda para a "desdramatização". Nela os Estados Unidos ocupam lugar preponderante e ambíguo por diversas razões. De fato, primeiros a terem identificado casos e definido os famosos "grupos de risco", são os precursores científicos, o exemplo de uma cultura puritana facilmente tomada de pânico e o modelo exemplar da mobilização associativa em favor da prevenção e dos doentes.

Após ter apresentado o vírus isolado pela equipe Pasteur como descoberta sua, a equipe Gallo, situada à frente da concorrência internacional, aparece, por exemplo, alternadamente, como disposta a trapaças para garantir para si a vitória e como o próprio exemplo dos ganhadores dos mercados de amanhã.

Fazer valer a diferença entre o puritanismo americano, que favorece o pânico e a segregação social, e o racionalismo francês permite,

Raramente a ciência, jogando a carta do exibicionismo, fora tão longe na revelação dos aspectos menos confessáveis de seus métodos de concorrência, o logro no primeiro caso, o blefe no outro.[6] No entanto, nada permite afirmar que essa auto-revelação tenha podido manchar sua imagem de maneira permanente.[7]

Temos o direito de nos perguntar sobre as razões profundas do consenso de "desdramatização" que prevalece nos meios de comunicação de massa franceses, a ponto de transmitir aos leitores impressões contraditórias, já que *"dizer que não se deve ficar apavorado é reconhecer que pode haver razões para ficar apavorado"*.[8] A maioria dos artigos têm como pano de fundo o "medo do medo", podendo sobretudo as reportagens sobre o pânico diante de nova doença contagiosa provocar a destruição de nossos valores frágeis de civilização, liberdade, democracia, solidariedade institucionalizada. O uso das experiências estrangeiras pelos meios de comunicação de massa franceses mostra o quanto a informação sobre a AIDS está intimamente ligada à eliminação de medos irracionais coletivos.

O exemplo estrangeiro

A referência ao estrangeiro exerce papel essencial na propaganda para a "desdramatização". Nela os Estados Unidos ocupam lugar preponderante e ambíguo por diversas razões. De fato, primeiros a terem identificado casos e definido os famosos "grupos de risco", são os precursores científicos, o exemplo de uma cultura puritana facilmente tomada de pânico e o modelo exemplar da mobilização associativa em favor da prevenção e dos doentes.

Após ter apresentado o vírus isolado pela equipe Pasteur como descoberta sua, a equipe Gallo, situada à frente da concorrência internacional, aparece, por exemplo, alternadamente, como disposta a trapaças para garantir para si a vitória e como o próprio exemplo dos ganhadores dos mercados de amanhã.

Fazer valer a diferença entre o puritanismo americano, que favorece o pânico e a segregação social, e o racionalismo francês permite,

certamente, assegurar-se de suas próprias capacidades de gestão racional e solidária dos riscos. É assim que, do *Figaro* ao *Quotidien*, passando pelo *Le Monde* e *Le Matin*, as reportagens sobre a rejeição dos homossexuais nos Estados Unidos previnem contra sua reprodução na França: "*Um grande medo que provoca reações de puritanismo e de racismo*" (*Le Figaro*, 19-7-1983); "*Para a América conservadora, a AIDS é um flagelo de Deus que se abate sobre os homossexuais, punindo assim a vida pervertida que eles levam*" (*Le Quotidien*, 11-8-1983), "*Esse câncer... que atinge essencialmente os homossexuais é a causa de verdadeira psicose que aterroriza os americanos e que parece dever ganhar a França. Diante de um flagelo que seria o equivalente da peste e da lepra na Idade Média, as reações tornam-se irracionais, exageradas, irrefletidas*" (*Le Quotidien*, 28-6-1983).

O mesmo acontece com este jornalista do *Paris-Match*, apesar de sua evidente satisfação em prever o fim dos tempos libertários: *A violenta campanha de segregação contra os homossexuais ainda é atiçada pelos anátemas da América puritana. Não se trata de uma punição de Deus? Acabaram-se a revolução sexual, as experiências de grupo, o amor livre volúvel. Eis aqui o tempo da penitência*" (*Paris-Match*, nº 1781).

Se a negatividade do exemplo americano em relação a AIDS funciona, na imprensa francesa, como a eliminação de um pânico eventual e de uma discriminação dos homossexuais, esse tratamento jornalístico marca a recusa em abordar a saúde em termos de costumes. Nesse sentido, a atitude dos meios de comunicação de massa, como a das revistas científicas, opõe-se àquela observada nos Estados Unidos, na Inglaterra e na Alemanha, onde as tradições penais em relação aos homossexuais foram mantidas até o final dos anos 60 (elas ainda vigoram em certos Estados americanos[9]) e onde a saúde pública e a higiene ocupam um lugar maior nas tradições médicas.[10]

A reação na imprensa francesa a um debate realizado na RFA (República Federal da Alemanha) sobre a inserção da AIDS no dispositivo penal das doenças contagiosas e sexualmente transmissíveis é, quanto a isso, significativa. Discutido no final de 1984 sem ser votado,

tal dispositivo previa para os doentes a obrigação de se submeter a exames médicos regulares e, para os médicos, a de "estabelecer contatos", a fim de fornecer às autoridades os nomes das pessoas doentes, que deviam submeter-se a um acompanhamento médico. Essa lei previa, também, a proibição aos doentes de qualquer relação sexual, sob pena de multas e de sanções que iam até três anos de prisão. Tal dispositivo repressivo trouxe de volta, na Alemanha, a lembrança da *"repressão nazista, do triângulo rosa e dos campos de concentração"* e, na França, a origem de sua própria lei contra as doenças venéreas, que *"se parece, como uma irmãzinha, com a lei alemã e permite o mesmo tipo de repressão. Não é provavelmente um acaso que ela data de 1942. Todos os países europeus tiveram leis desse tipo, com pretensões eugênicas (...). Diante do perigo da AIDS, nossas boas resoluções de democracia e de tolerância vão ceder?"* (*Le Matin*, 19-11-1984).

O fato de mencionar, por ocasião de um debate sobre a *"solução administrativa e penal da AIDS na Alemanha"*, o exemplo mais extremo de repressão dos homossexuais, coloca indiretamente em questão toda proposta repressiva de luta contra a AIDS, na medida em que tal estratégia parecia, acima de tudo, uma luta ilegítima contra os homossexuais e a homossexualidade.

Após ter servido de modelo moralizador a ser evitado a todo custo, o exemplo americano serve de modelo positivo em nome da mobilização dos "grupos de risco" no contexto da prevenção. Pode-se ler esse artigo, assinado por um dos primeiros militantes homossexuais, Jean Le Bitoux, no *Evénement du Jeudi* de 31 de outubro de 1985: *"O movimento* gay *americano, menos desmobilizado do que aqui, quer dominar ele mesmo a epidemia em suas próprias fileiras defendendo-se, sem conseguir fazê-lo sempre, contra as ingerências policiais e as curiosidades doentias. A medida capital é a da prevenção. Terão os homossexuais franceses — mal organizados — êxito, apesar de sua dificuldade em mudar de hábitos?"*

Em 1986, a imagem dos Estados Unidos muda novamente. Eles aparecem, não mais como modelo, mas como exemplo que convida ao ceticismo. Apesar da importante mudança nos comportamentos homos-

sexuais, as curvas de morbidade e de mortalidade continuam ascendentes. Diante desse fenômeno somente uma atitude cética permite que se conserve a cabeça fria e que não se ceda à tentação repressiva. Pois, colocados em situação de urgência e com pressa de agir, os políticos tendem a fazer o que está no seu poder: leis, decretos, regulamentações.

Indo de encontro aos especialistas favoráveis a soluções não-coercitivas, vários países (Áustria, Suécia, certos Estados americanos) utilizam, a partir de 1986, dispositivos jurídicos especialmente concebidos para controlar a AIDS. Estes vão do teste de detecção periódico da(o)s prostituta(o)s e dos "grupos de risco" à punição de pessoas doentes que contaminam deliberadamente os parceiros sexuais. No final desse mesmo ano, o parlamento bávaro discute medidas repressivas, promulgadas no início de 1987: teste obrigatório para os prostitutos dos dois sexos, os toxicômanos e os candidatos a cargo público; controle das fronteiras e negação de visto a soropositivos. Apesar do alerta reiterado contra tais medidas por ocasião do congresso de Washington, os Estados Unidos, depois de terem instaurado a partir de 1986 a aplicação de teste de detecção sistemático nos militares e no pessoal do serviço diplomático, decidem no verão de 1987 submeter os imigrantes ao teste e negar aos soropositivos a entrada no país. Pouco depois, a URSS e os países socialistas seguem pelo mesmo caminho.

Mas esses exemplos estrangeiros já não põem em relevo a "racionalidade francesa", uma vez que as propostas igualmente repressivas da Frente Nacional vêm, pela primeira vez, questionar o consenso de "desdramatização".

A imagem contraditória de um flagelo

No final de 1986, a luta contra a AIDS é declarada "grande causa nacional" pelo governo; essa declaração revela as ambigüidades das maneiras de falar dessa patologia e de combatê-la. Insistindo no caráter "evitável" da doença, a campanha de informação lançada na primavera seguinte em torno do *slogan*: "A AIDS não passará por mim", teatraliza

a mensagem de "desdramatização". Ao mesmo tempo, a disseminação epidêmica na África, onde predomina a transmissão heterossexual modifica profundamente a imagem da AIDS, que se tornou sinônimo de mal que ameaça potencialmente a humanidade inteira. Daí resulta o surgimento progressivo de uma representação que faz da infecção pelo HIV um flagelo, cuja "vergonhosa" transmissão por via sexual lembra a sífilis e cujo caráter mortal se assemelha imaginariamente ao câncer. Pode-se elaborar um quadro das características dessa representação e de suas contradições.

- Como doença contagiosa sexualmente transmissível e fatal, a AIDS atinge profundamente o inconsciente individual e coletivo. Ligando, através da transmissão pelo sangue e pelo esperma, o amor e a reprodução biológica à morte, ela provoca uma grande reflexão sobre a sobrevivência individual, de uma linhagem, de grupos inteiros, até mesmo da espécie humana; isso significa que essa patologia está carregada de ligações e provoca diversas projeções;
- na África e nos países do Terceiro Mundo, em conformidade com as grandes patologias infecciosas, a AIDS se alimenta da miséria na medida em que os problemas financeiros impedem o controle eficaz de sua transmissão por transfusões sangüíneas no hospital; nos países desenvolvidos, ao contrário, onde ela se desenvolve nas classes médias altas, está associada aos "abusos" da sociedade de consumo decadente;
- associada de início aos "grupos de risco", toxicômanos e adeptos da sexualidade "livre" e "volúvel", a AIDS começou realmente a abalar o imaginário coletivo ao atingir seres que não podiam ser taxados de imoralidade, como os bebês;
- a rapidez de sua evolução faz dela uma ameaça de futuro, já que o vírus transmitido sexualmente atinge prioritariamente os grupos de idade com porvir;
- a impotência da medicina curativa, apesar da rapidez das descobertas, torna claros os limites do poder da ciência; embora colocando à disposição dos indivíduos e da coletividade a possibilidade de saber quem está infectado ou não, a ciência por enquanto não oferece nenhum remédio;

• o curto espaço de tempo que separa o anúncio do diagnóstico da AIDS da morte (de alguns meses a alguns anos) e seus sintomas (emagrecimento, diarréias, síndromes de Karposi, sintomas neuropsiquiátricos que envolvem a perda do autocontrole), fazendo da AIDS uma doença horrível. O longo período de incubação e as incertezas relativas ao desenvolvimento da infecção pelo HIV criam uma categoria especial de pessoas, os soropositivos, que não são nem sadios nem doentes;

• concluindo, esse "flagelo" que dizem ser "evitável" ameaça todos os equilíbrios sociais e políticos, dos sistemas de seguro e de assistência das nações industrializadas às relações internacionais.[11]

[1] Cf. P. Champagne, "La manifestation. La production de l'événement politique", *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 52/53, junho de 1984, p. 28. Para a redação deste capítulo, pudemos utilizar a tese *ad hoc* do DEA em Ciências Sociais de Alice Yvernat, "SIDA: le nouveau régime de l'épidemie", EHESS-ENS, 1987; que ela receba aqui os nossos agradecimentos por isso.

[2] Ibid., p. 30.

[3] Os doentes que entrevistamos atacaram por vezes o *Libération* específica e violentamente, em virtude de sua maneira de informar sobre a AIDS, especialmente por causa da linguagem cínica. Essas reações são proporcionais à decepção dos leitores desse jornal investido de expectativas muito afetivas.

[4] P. Champagne, *art. cit.*, p. 23 ss.

[5] F. Courteaux, "La maladie des homosexuels n'existe plus", *La Recherche*, 146, julho-agosto de 1983, p. 989 ss.

[6] Tratamos aqui dos exemplos especialmente surpreendentes do recurso à imprensa diária, e não aos circuitos de consagração científicos. A preocupação de ver um trabalho publicado o mais rapidamente possível provoca a reprovação dos concorrentes, que vêem nisso um ato "ilegítimo" em nome da distinção entre publicação e publicidade. Cf. F. Reif, "The competitive world of the pure scientist", *Science*, 134, 15 de dezembro de 1961, p. 1957-62.

[7] Cf. B. Latour, *op. cit.*

[8] C. Herzlich e J. Pierret, *art. cit.*, p. 34.

[9] Em geral, os países anglo-saxões e germânicos tinham, até o final dos anos 60, legislações penais que proibiam as relações homossexuais, ao contrário dos países latinos, onde a discriminação social não assumiu forma penal (com exceção das relações sexuais com menores); cf. E. W. Hanack, *Zur Revision des Sexualstrafrechts in der Bundesrepublik*, Reinbek, Rowohlt, 1969; D. Altmann, *Homosexual oppression and liberation*, Nova York, Outerbridge, 1971.

[10] Quanto à importância diferencial dessas tradições conforme os países, cf. J. Sutter, *L'eugénique*, Paris, INED, Trabalhos e documentos nº 11, 1950, p. 123 ss.

[11] A representação social da AIDS reúne todas as dimensões daquela ligada ao câncer (cf. P. Pinell, *art. cit.*, p. 74-5) e daquela ligada à sífilis (cf. C. Quétel, *Le mal de Naples. Histoire de la syphilis*, Paris, Seghers, 1987, p. 223 ss.).

6

A POLITIZAÇÃO

As correntes de incertezas e de contradições que marcam a representação social da AIDS fazem dela um caso litigioso. Nesse contexto, os conflitos se exprimem em imagens de dimensão, entre aqueles que se dedicam a "estender", a "ampliar" as diferentes dimensões do risco ou, ao contrário, a "trazê-las de volta a sua justa proporção", a "esvaziá-las".[1] A "desdramatização" da AIDS, como vimos, misturou incessantemente esses dois registros retóricos: ao aumento da extensão do fenômeno acentuado pela curva ascendente das vítimas faz eco a insistência nas vias limitadas de transmissão. Uma politização que se vale de preferência da "ampliação", a fim de tirar dos especialistas o monopólio da palavra, só começa a se estabelecer na França a partir da segunda metade de 1986.

A eliminação de um medo coletivo precede então sua eclosão e sua manipulação política. Essa inversão cronológica só é paradoxal à primeira vista. Na verdade, para poder utilizar uma patologia com fins políticos, é preciso que ela não mais apareça como um problema de ordem individual ou particular (dos homossexuais, dos hemofílicos, dos toxicômanos), mas como um problema de ordem geral. Seria preciso então esperar que a doença saia dos "grupos de risco" e atinja, estatisticamente, a população heterossexual.

A desdramatização se articula em torno de dois argumentos: a esperança científica de uma solução médica rápida e a recusa da classificação em "grupos de risco". Ora, essa dupla argumentação, que pretende dominar simultaneamente um risco médico e social, criou condições de politização ligada à desilusão das esperanças desmedidas

depositadas na ciência e na percepção de uma contaminação que pode atingir todo mundo.

Submeter essas duas estratégias retóricas — a desdramatização e a politização — à análise fria de suas chances de sucesso permite entender de imediato a ausência quase total, até 1986, de exploração ideológica da AIDS pela extrema direita, apesar das dimensões simbólicas dessa patologia (drogas, homossexualidade, mal proveniente da África, etc.). Antes de 1986, *Minute* só fala duas vezes da AIDS. Na mesma lógica, a coincidência entre a declaração da AIDS como uma causa nacional e sua transformação em fonte de votos pela Frente Nacional nada tem de fortuito. Esses dois fenômenos, que nenhuma causa liga, aparecem nas mesmas condições. Desde então, pode-se acompanhar a transformação ou, se se quiser, a gramática que permite transformar essa patologia em tema político. Essa gramática se articula em torno da definição do risco e das retóricas de mobilização. Isso significa que, uma vez alçada a tema político, a AIDS perde seus limites "naturais", na medida em que uma multiplicidade de tentativas de engajamento e de espiralamento têm justamente por objeto reunir a opinião de públicos diversos em torno da visão comum do mal.[1]

O inventário dos argumentos

Poucos meses após a publicação, em *Minute*, de uma grande reportagem com o significativo título de "Estão escondendo a verdade", podia-se fazer o inventário das estratégias retóricas adotadas entre politização e desdramatização. Os partidários da desdramatização que dá ênfase ao caráter limitado e sobretudo evitável do risco declaram que: *"o vírus não é contagioso fora de circunstâncias muito precisas:*

- *relações sexuais com pessoas contaminadas pelo vírus,*
- *troca de seringas entre toxicômanos,*
- *transfusão de sangue contaminado pelo vírus.*
- *durante a gravidez, uma mulher infectada pelo vírus pode transmiti-lo ao filho."*[2]

A argumentação insiste nos "atos da vida comum", nos quais "a

AIDS não é transmitida (beijos e carícias, utilização de talheres ou pratos usados anteriormente por um doente, apertos de mão, etc.)".

Por outro lado, os folhetos provenientes de grupelhos de extrema-direita e da Frente Nacional, tomando para si o modelo etiológico multifatorial, estendem esse risco até o infinito: *"A origem real da AIDS nos é desconhecida"*, *"A doença da AIDS pode dar-se como resultado de agentes viróticos múltiplos aos quais uma população está sujeita"*, *"O estudo dos co-fatores (infecções múltiplas, fatores econômicos, etc.) no aparecimento da doença é urgente, embora totalmente ausente hoje, pois destruiria muitos mitos"*.[3]

A denominação "lentivírus" coloca em questão sua velocidade e suas modalidades de propagação. As incertezas relativas a seu método de ação alimentam especulações ilimitadas que distinguem a *"transmissão por via rápida... ocultando meios de transmissão muito eficazes, mas relativamente marginais em relação ao conjunto da população (relações sexuais anais, trocas de agulhas, etc.)"*, da *"transmissão por via lenta, representando meios de contaminação ditos acidentais, dos quais por enquanto não se sabe muita coisa, mas cuja existência é impossível negar"*, entre os quais são enumerados *"vetores ambientais com longo raio de ação, como os insetos, e, sobretudo, as interações autocatalíticas entre a AIDS e a tuberculose... Abaixo de determinado limite, somente o esperma e o sangue transmitem estatisticamente. Acima dele, tudo transmite, e na seguinte ordem: o suor, as lágrimas e aerossóis pulmonares (a respiração)"*.[4]

Se alguns, afastando a palavra "epidemia", consideram a AIDS doença sexualmente transmissível e evitável, outros fazem dela *"doença endêmica, pandemia comparável às pestes... Portanto, dizer que só o esperma e o sangue transmitem o vírus é um erro ou uma inverdade"*.[5]

Essas visões diametralmente opostas geram previsões de futuro igualmente contrastadas. À concepção de um problema de saúde dominável pela responsabilidade individual responde a visão apocalíptica de uma doença que pode aniquilar a espécie humana. Para fundamentar suas respectivas previsões, os primeiros apresentam números oficiais

que só se prendem a extrapolações em termos curtos e médios, ao passo que a previsão dos outros é do seguinte gênero: "Primeiro dia do 3º milênio: os franceses desapareceram."[6]

As medidas consideradas distinguem claramente essas duas posições. *"Cabe a cada um proteger-se contra a AIDS, sem com isso rejeitar aqueles que foram infectados pelo vírus."* Essa proteção se faz essencialmente através do uso de preservativo (única "vacina" disponível atualmente) e da não-troca de seringas. Por outro lado, são rejeitadas medidas repressivas, inclusive as de teste de detecção obrigatório, exceto a dos doadores de sangue, decretada em 1º de agosto de 1985. Essa recusa de medidas administrativas é motivada pelo custo econômico, pelas considerações humanitárias (confidenciabilidade, risco de segregação), mas sobretudo pela preocupação de evitar, por um sentimento de segurança ilusório, os efeitos contrários sobre a divulgação das precauções sexuais.

Ridicularizando essas medidas de proteção mínimas, a visão pandêmica preconiza medidas draconianas: *"Para fenômeno extraordinário, é preciso ostentação extraordinária"* (o Dr. Bachelot em *Minute*, 1288, 1986), daí as propostas de um teste de detecção sistemático aplicado a toda a população, ou de determinadas categorias, e de medidas de isolamento dos doentes em "aidetórios".[7]

Falar dos doentes em termos de "aidéticos" a serem isolados em "aidetórios", negar aos soropositivos a classificação de "portador são", dizendo ser esta uma "impostura", essas escolhas semânticas impõem a segregação como única solução.[8] Mas essa eventualidade transforma o risco de infecção numa questão de justiça, não simbólica e ideal, mas aplicada nas políticas e nas medidas administrativas.

O risco: uma questão de justiça

Os termos "aidético" e "aidetórios" rompem violentamente com a abordagem humanista, acusada de conceder lugar exagerado à dignidade dos doentes e à liberdade dos soropositivos. Essa ruptura no

discurso impõe a exigência de "pensar primeiro nos soronegativos": *Impedindo a colocação em quarentena, o teste de detecção geral e obrigatório e a discriminação dos aidéticos, a ideologia dos Direitos do Homem nos priva da única arma de que dispomos contra a pandemia."*[9] A compaixão pelo doente é denunciada como "aidomasoquismo": *"Dar prioridade ao conjunto da população sobre a tranqüilidade (muito provisória) de alguns indivíduos? Fora de questão... Não se deve traumatizar os contaminados; em respeito aos últimos anos que lhes restam para viver, deixemos que contaminem seus concidadões."*[10] Essa argumentação opõe diretamente os interesses das pessoas saudáveis aos dos doentes e dos soropositivos.

Em compensação, uma estratégia de "mudanças livremente consentidas nos costumes", valendo-se da informação e da responsabilidade individual, remete a gestão (sexual) do risco à esfera privada. Esse esquema praticamente não deixa lugar para um tribunal diante do qual os indivíduos, que adotem ou não medidas profiláticas, seriam julgados por seus atos. Tal apelo à responsabilidade individual pressupõe a convicção de que o indivíduo é capaz de se adaptar a ela. A filosofia que subentende essa posição é o individualismo baseado na racionalidade e na responsabilidade do homem moderno que tenha assimilado uma abordagem higiênica da vida e possua uma preocupação consigo mesmo que o impeça de brincar com a própria saúde ou, mais exatamente, com a própria vida e a própria morte. Esse autodomínio marcaria e conclusão de um longo processo de civilização que gerou as concepções de direito, de dignidade e de respeito.

Ora, os partidários de medidas repressivas, duvidando desse autodomínio e de seus valores, opõem-lhe um "realismo" em nome da sobrevivência da espécie; a irrupção de uma epidemia vem confirmar essa visão darwiniana do mundo. Para alguns deles, a AIDS inaugura verdadeiramente a luta entre a natureza e a espécie humana, ameaçada de extinção: *"Do ponto de vista da natureza, quem nos diz que o vírus HIV não é mais interessante do que a espécie humana? Não sejamos racistas, afinal de contas."* Para outros, é uma desforra da natureza contra o homem, que transgrediu estes dois princípios: *"a separação territorial*

dos seres humanos... e a sexuação". Vemos então ressurgir na explicação da epidemia dois argumentos que alimentam a manipulação da patologia com fins ideológicos: a associação entre esses dois fenômenos "abjetos" e "contrários à natureza", que são a imigração e a sodomia: *"A imigração não foi prevista pela natureza, que, muito pelo contrário, inventou a diferenciação e o afastamento crescente dos grupos. A sodomia tolerável em dose homeopática fez com que a natureza ficasse acuada quando a sodomia viril e a pederastia se tornaram fenômenos de sociedade."*[11]

A Frente Nacional exige como medida mínima um teste de detecção sistemático, *"a começar pelas mulheres grávidas, as mulheres casadas, por ocasião dos exames pré-nupciais e nos bancos de esperma, bem como, é claro, nos grupos considerados de alto risco, como os viciados em drogas e os homossexuais. Sem esquecer as pessoas que sofreram transfusões de sangue antes de 1985. É preciso absolutamente controlar os milhares de militares franceses que cumprem serviço nos territórios franceses de além-mar ou na África. É preciso acrescentar a essa primeira lista os imigrantes, os turistas, os homens de negócios e os diplomatas que a cada dia chegam a França"*.[12]

Essa lista estabelece de imediato um vínculo entre a preservação da filiação e a luta contra a imigração, as drogas, a homossexualidade e os costumes decadentes da vida moderna (encarnados pelas profissões que viajam). Tornar públicas essas reivindicações num programa de televisão de grande audiência. "L'Heure de vérité", com Jean-Marie Le Pen, em abril de 1987, constitui, no campo político, um ato de ruptura comparável àquele realizado por *Minute* no seio da imprensa. Embora isolando num primeiro tempo aquele que o realiza, esse ato concede a este último uma vantagem no jogo político, na medida em que o consenso consistira até então em não fazer da AIDS objeto político e eleitoral — uma posição taxada por *Minute* de leviandade, de descaso, até mesmo de submissão a um *lobby* jornalístico controlado pelos homossexuais.

Essa discussão violenta nos campos jornalístico e político funciona como um ato de instituição[13] que visa legitimar, sobre a AIDS, um

discurso político independente das autoridades médicas mais conhecidas. Essa medição de força vem instaurar uma diferença entre os que "ousam falar" e os acusados, ao se calarem, de deixar para os especialistas o monopólio da palavra, até mesmo de ocultar deliberadamente a verdade. Ele vem transgredir os limites até então respeitados pelos políticos confinados em seu papel, que se impõem, em relação a AIDS, moderação e disciplina. Que um único agente saia das fileiras traz novamente à baila a atitude de reserva dos rivais, que vão senti-la como autocensura constrangedora. Nesse caso, como no da imigração, a Frente Nacional espera beneficiar-se da audácia de ousar, isto é, formular "os verdadeiros problemas".

As chances de que tal discurso seja ouvido e eventualmente seguido devem ser avaliadas em função dos atores que ele pretende opor simbolicamente. É sob esse ângulo que convém examinar a comparação, por parte dos médicos partidários da desdramatização, entre o risco de contaminação e o dos acidentes rodoviários. Comparando estatisticamente riscos de natureza diferente, pode-se ver como certos argumentos "liberais" — por força das circunstâncias e a sua revelia — contribuem para promover uma politização da questão. Esse argumento estabelece implicitamente a equivalência entre um risco universalmente compartilhado (o trânsito) e um outro distribuído de maneira desigual (práticas declaradas contaminantes). Os acidentes rodoviários são comumente "aceitos" e vividos como fatalidade, pois seu caráter coletivo não questiona nem os valores de igualdade, nem os de justiça. Em compensação, o risco de contaminação distribuído de maneira desigual tem fortes chances (no sentido probabilista do termo) de ser apreendido com um sentimento de injustiça que dá lugar a reações contraditórias, indo da estigmatização à revolta.

Do ponto de vista dos efeitos sociais potenciais, um risco é mais perigoso quando é seletivo, muito grande e irrevogável. Daí o perigo político inerente a todas as estratégias de saúde pública, no caso da infecção pelo HIV. Suas conseqüências imprevisíveis explicam a razão por que a maioria estabelecida recusa-se a fazer delas uma questão estritamente política, ao passo que forças ainda marginais têm, ao

contrário, todo interesse em impô-la para tornar o jogo político ainda mais imprevisível.

A interferência entre a AIDS e as convicções éticas, ideológicas e políticas cria, inevitavelmente, dificuldades específicas para a ação preventiva. Se queremos evitar efeitos não intencionados, é preciso ajustar as mensagens a diferentes públicos-alvo — trabalho extremamente difícil. Convém, por outro lado, estabelecer distinção entre as duas definições do ajustado orientadas, uma para a justeza (técnica), a outra para a justiça (política e cívica).[14] No primeiro caso, uma falta de ajustamento se traduzirá pela relativa ineficácia técnica da mensagem medida em conhecimentos transmitidos e em reações provocadas, racionais e irracionais. No segundo caso, a falta de ajustamento se traduzirá por mobilizações políticas em nome de princípios e de valores.

Tecnicamente, o problema da prevenção é o seguinte: como fazer passar a mensagem preventiva sem provocar dramatização excessiva, que alimentaria reações repressivas injustificadas do ponto de vista médico?[15] Politicamente, o problema da prevenção se coloca em termos de justiça e de eqüidade: como proteger, ao mesmo tempo, vidas humanas e as liberdades individuais?

A provação que constitui para nossa sociedade a AIDS assimilada aos riscos maiores impõe a prudência. Aquele que, individual ou coletivamente, infringe essa prudência, usando por exemplo palavras extremas, corre o risco de se ver taxado de desumanidade e de se isolar. Tivemos um exemplo disso quando a Frente Nacional rotulou os doentes de "aidéticos" e reclamou "aidetórios". Mas essa constatação se aplica igualmente à "desdramatização" produtora de ceticismo.

Para fortalecer sua credibilidade, uma política de prevenção fiel ao princípio do consentimento esclarecido deve conseguir reduzir as falsas crenças relativas à contaminação, diretamente associadas à solicitação de medidas repressivas consideradas inúteis, onerosas, até mesmo contraprodutivas, pelos especialistas. Mas ela deve, igualmente, provar que pode alcançar seus objetivos, isto é, que pode provocar mudanças nas condutas, antes de mais nada no seio dos grupos mais expostos.

Uma vez revelados os argumentos, convém analisar-lhes a estratégia retórica. Se a vontade de "desdramatizar" se traduz pela sobriedade e pela moderação na argumentação, os alarmistas recorrem a um estilo polêmico e passional. Essa oposição remete a configurações sociais e a uma relação de forças precisa. Do ministro da Saúde às sumidades científicas, passando pelos porta-vozes de associações, os primeiros a intervir no debate sobre a AIDS, a partir de uma posição dominante e anteriormente incontestada, defendem a gestão do risco controlada estritamente por especialistas, para impedir qualquer "derrapagem" contra indivíduos doentes. Acusados pelos adversários de serem aliados diretos do vírus, eles lhes devolvem sua própria exploração de um problema de saúde com fins ideológicos.

Esse conflito pode ser definido como uma luta no campo político entre dominantes e pretendentes, tendo por objeto a redistribuição do direito à palavra (e à ação) entre instâncias médicas e políticas e, entre estas últimas, entre as forças em oposição. Enquanto os responsáveis políticos da saúde tendem a se definir como simples executantes das recomendações dos especialistas, a ação dos pretendentes ao poder (a Frente Nacional) consiste em querer arrancar dos especialistas médicos o poder de definição do que está em jogo, antes de contestar o do monopólio das propostas de ação. Essa luta pelo poder simbólico (fazer ver e fazer crer, predizer e prescrever) precede a conquista do poder legislativo e regulamentar.[16] A retórica dessa subversão procura revelar uma verdade que as autoridades dissimulariam deliberadamente.

Nesse combate, as autoridades legítimas mantêm a reserva inerente a sua posição, que proíbe que se responda aos adversários por meios polêmicos semelhantes, nem que seja para evitar o ato de reconhecimento informal de responder a alguém que não merece. Se essa atitude simboliza, normalmente, a certeza tranqüila daqueles que, investidos da legitimidade, sabem que sua posição é garantida pela instituição, em tempos de crise ela pode parecer indecisão e favorecer a dúvida em relação às autoridades.

Privados do poder institucional mas livres de suas restrições de reserva, os contestatários, dispondo de maior liberdade de ação porque lhes são exigidas menos justificação e coerência, podem agir de modo disperso, lançando iniciativas diversificadas. Como uma rede de contatos informais proporciona importantes vantagens na legitimação da dúvida,[17] o arsenal tático dos contestatários une a ruptura simbólica à eficácia de uma organização imprevisível, mais "inapreensível" por não oferecer frente comum.

Pouco familiarizado com as siglas e as assinaturas políticas, o grande público tem dificuldade em perceber a ligação existente entre as publicações severas do Partido Operário Europeu, a polêmica publicação mensal *J'ai tout compris* e a Frente Nacional. Antena européia das iniciativas tomadas por Lyndon La Rouche, com o apoio financeiro dos mecenas da extrema-direita americana e internacional, o Partido Operário Europeu apresenta seu projeto de "guerra a AIDS" sob a forma de projeto de lei que abrange uma *"iniciativa de defesa biológica pastoriana e medidas imediatas de saúde pública"*.[18] Retomando, ponto por ponto, o referendo organizado por iniciativa de Lyndon La Rouche na Califórnia, no final de 1986 (e rejeitado pela maioria dos eleitores), esse projeto estabelecido em colaboração com a "Fundação para a Energia da Fusão" se justifica pelos *"resultados obtidos sobre um modelo informático... realizado por uma equipe especial da Executive Intelligence Review"*. A abundância de gráficos, de quadros estatísticos, de referências científicas diversas e de fotos de pesquisadores ilustres (entre as quais uma "foto de família" da equipe do Instituto Pasteur reunida em torno de Jean-Claude Chermann e Luc Montagnier) ressaltam a preocupação com a seriedade dessa iniciativa.

A essa estratégia marcada pela respeitabilidade opõem-se a linguagem e a apresentação da publicação mensal *J'ai tout compris*, que dedica seu número 2, de fevereiro de 1987, a "AIDS: bom dia, holocausto". Editado pela agência Machiavel, esse jornal reúne, sob a direção de Guillaume Faye, assinaturas conhecidas dos clubes e dos círculos intelectuais de extrema-direita, como o GRECE. O registro deliberadamente moderno e polêmico da publicação, mistura de revista em

Uma estratégia de subversão

Uma vez revelados os argumentos, convém analisar-lhes a estratégia retórica. Se a vontade de "desdramatizar" se traduz pela sobriedade e pela moderação na argumentação, os alarmistas recorrem a um estilo polêmico e passional. Essa oposição remete a configurações sociais e a uma relação de forças precisa. Do ministro da Saúde às sumidades científicas, passando pelos porta-vozes de associações, os primeiros a intervir no debate sobre a AIDS, a partir de uma posição dominante e anteriormente incontestada, defendem a gestão do risco controlada estritamente por especialistas, para impedir qualquer "derrapagem" contra indivíduos doentes. Acusados pelos adversários de serem aliados diretos do vírus, eles lhes devolvem sua própria exploração de um problema de saúde com fins ideológicos.

Esse conflito pode ser definido como uma luta no campo político entre dominantes e pretendentes, tendo por objeto a redistribuição do direito à palavra (e à ação) entre instâncias médicas e políticas e, entre estas últimas, entre as forças em oposição. Enquanto os responsáveis políticos da saúde tendem a se definir como simples executantes das recomendações dos especialistas, a ação dos pretendentes ao poder (a Frente Nacional) consiste em querer arrancar dos especialistas médicos o poder de definição do que está em jogo, antes de contestar o do monopólio das propostas de ação. Essa luta pelo poder simbólico (fazer ver e fazer crer, predizer e prescrever) precede a conquista do poder legislativo e regulamentar.[16] A retórica dessa subversão procura revelar uma verdade que as autoridades dissimulariam deliberadamente.

Nesse combate, as autoridades legítimas mantêm a reserva inerente a sua posição, que proíbe que se responda aos adversários por meios polêmicos semelhantes, nem que seja para evitar o ato de reconhecimento informal de responder a alguém que não merece. Se essa atitude simboliza, normalmente, a certeza tranqüila daqueles que, investidos da legitimidade, sabem que sua posição é garantida pela instituição, em tempos de crise ela pode parecer indecisão e favorecer a dúvida em relação às autoridades.

Privados do poder institucional mas livres de suas restrições de reserva, os contestatários, dispondo de maior liberdade de ação porque lhes são exigidas menos justificação e coerência, podem agir de modo disperso, lançando iniciativas diversificadas. Como uma rede de contatos informais proporciona importantes vantagens na legitimação da dúvida,[17] o arsenal tático dos contestatários une a ruptura simbólica à eficácia de uma organização imprevisível, mais "inapreensível" por não oferecer frente comum.

Pouco familiarizado com as siglas e as assinaturas políticas, o grande público tem dificuldade em perceber a ligação existente entre as publicações severas do Partido Operário Europeu, a polêmica publicação mensal *J'ai tout compris* e a Frente Nacional. Antena européia das iniciativas tomadas por Lyndon La Rouche, com o apoio financeiro dos mecenas da extrema-direita americana e internacional, o Partido Operário Europeu apresenta seu projeto de "guerra a AIDS" sob a forma de projeto de lei que abrange uma *"iniciativa de defesa biológica pastoriana e medidas imediatas de saúde pública"*.[18] Retomando, ponto por ponto, o referendo organizado por iniciativa de Lyndon La Rouche na Califórnia, no final de 1986 (e rejeitado pela maioria dos eleitores), esse projeto estabelecido em colaboração com a "Fundação para a Energia da Fusão" se justifica pelos *"resultados obtidos sobre um modelo informático... realizado por uma equipe especial da Executive Intelligence Review"*. A abundância de gráficos, de quadros estatísticos, de referências científicas diversas e de fotos de pesquisadores ilustres (entre as quais uma "foto de família" da equipe do Instituto Pasteur reunida em torno de Jean-Claude Chermann e Luc Montagnier) ressaltam a preocupação com a seriedade dessa iniciativa.

A essa estratégia marcada pela respeitabilidade opõem-se a linguagem e a apresentação da publicação mensal *J'ai tout compris*, que dedica seu número 2, de fevereiro de 1987, a "AIDS: bom dia, holocausto". Editado pela agência Machiavel, esse jornal reúne, sob a direção de Guillaume Faye, assinaturas conhecidas dos clubes e dos círculos intelectuais de extrema-direita, como o GRECE. O registro deliberadamente moderno e polêmico da publicação, mistura de revista em

quadrinhos com *Libération*, pode proporcionar ao leitor desavisado o sentimento de ter em mão um produto próximo, não só do estilo, mas das opções políticas de *Charlie Hebdo* ou da *Gueule Ouverte*, símbolos da contestação dos anos 70.

Tendo-se tornado, nessa questão, o órgão oficial da Frente Nacional, *Minute* se vale ao mesmo tempo da respeitabilidade e da violência polêmica. No número 1310, do mês de abril de 1987, respondendo nas páginas políticas às críticas feitas a Jean-Marie Le Pen e ao Dr. Bachelot, encarregado na Frente Nacional das questões de saúde e da AIDS, *Minute* utiliza citações de Luc Montagnier, querendo sugerir que em última análise os "aidetórios" não são senão o grande instituto de pesquisa e de tratamentos que este último reclamava em sua entrevista publicada no *Le Monde* de 20 de novembro de 1986. Um pouco mais adiante, o leitor descobre uma narrativa de ficção científica que opõe numa guerra civil antes do cataclisma, os últimos "indivíduos sadios" aos "aidéticos": *"No país, quase por toda parte, indivíduos sadios se tinham organizado em autodefesa, haviam levantado barricadas nos bairros e nas cidades, impedindo o acesso a estas com as armas de guerra roubadas nas casernas... O resto do território pertencia aos aidéticos. Eles arriscavam tudo, fazendo suas farras nos grandes restaurantes e hotéis do interior, se embriagavam em orgias indescritíveis, saqueavam as casas... Quando os americanos desembarcaram, munidos de máscaras e macacões, encontraram um louco, completamente nu, que desfilava sozinho nos Champs-Elysées com um cartaz: Abaixo o racismo anti-homossexual."* Vemos aparecer sob forma caricatural o modelo mencionado mais acima, que permite a politização de um problema médico, isto é, sua abordagem em termos de justiça e de eqüidade entre grupos sociais atingidos de maneira desigual por uma doença contagiosa.

A réplica às teses da Frente Nacional começou a se organizar em abril de 1987, após sua apresentação na televisão por Jean-Marie Le Pen, que, com a violência de suas palavras, provocou uma espécie de união sagrada contra si. Eis o comentário de *L'Evénement du Jeudi*: *"É bastante engraçado que, no final das contas... Le Pen tenha contribuído*

para a consolidação do "fascistório" bem fechado de que a Frente Nacional tenta escapar tão freneticamente."

Essa opinião isolada subestima os efeitos subversivos, em prazo mais longo, de um ato de ruptura simbólica que vem criar em torno da AIDS as condições de possibilidade de controvérsia social e política, que não se articularia em torno das tomadas de posição de um partido extremista, mas da oportunidade de medidas administrativas e legislativas diversas, trazendo de volta a questão repetida incessantemente na França e em outros lugares: com que direito a AIDS escaparia aos dispositivos legais existentes de luta contra as doenças epidêmicas e sexualmente transmissíveis?

No fim de novembro de 1987, a antiga ministra da Saúde, Sra. Simone Veil, declara à revista *Impact Médecin: "Nem que fosse só para informar, mesmo com a margem de erro que se conhece. É preciso não criar um tabu especial em torno dessa doença. É preciso integrá-la no sistema de saúde sem canalizá-la, considerá-la um problema de saúde pública que respeita as mesmas regras aplicadas às outras infecções transmissíveis."*

"Não se entende bem por que somente a AIDS ainda não é objeto de uma obrigação legal, por ocasião de exames pré-nupciais e pré-natais, quando o número de suas vítimas dobra a cada ano", pode-se ler num projeto de lei apresentado por J. J. Jegou (UDF) no início de 1988 (Assembléia Nacional, nº 1231).

Na mesma época explode, no próprio corpo médico, a controvérsia em torno do teste de detecção e da responsabilidade penal daqueles que transmitam deliberadamente o vírus. Numa conferência de imprensa por ocasião do IV Simpósio Internacional, organizado em Washington pelo Instituto Nacional da Saúde americano e pela Associação para a Pesquisa sobre o Câncer (ARC) francesa, Jacques Crozemarie, seu presidente, pede, segundo a imprensa francesa, o teste de detecção sistemático e obrigatório para a população e nas fronteiras, acusando o governo de "laxismo" e de "não dizer a verdade aos franceses". Acusado de não ter outra competência médica ou científica além daquela de ocupar a presidência de associação que vive da

caridade pública, e de adotar as teses da Frente Nacional (*Le Monde*, 11-12-1987), Jacques Crozemarie e sua associação retomam em janeiro de 1988 essas mesmas reivindicações embora sob forma atenuada: teste de detecção "imperativo" em todas as mulheres grávidas e por ocasião de exames pré-nupciais, adoção de medidas estritas em caso de transmissão voluntária da AIDS, realização de experiências terapêuticas em indivíduos soropositivos, multiplicação de centros de testes de detecção anônimos e gratuitos, criação de observatório epidemiológico que permita acompanhar com vigor a evolução do número de indivíduos soropositivos.[19] Membro da associação e signatário dessa tomada de posição, o professor Michel Boiron, diretor do departamento de oncologia experimental e hematologia do hospital Saint Louis, acrescenta a essa lista de reivindicações o teste de detecção obrigatório de "profissões de alta responsabilidade", que podem colocar outros em perigo, em caso de distúrbios psicológicos: pilotos de avião, maquinistas de trem e motoristas de ônibus. Pouco depois, essa tomada de posição é rejeitada pela OMS, garantindo aos governos, aos empregadores e ao público que *"com base nos dados científicos disponíveis atualmente, as pessoas contaminadas pelo vírus da AIDS mas com boa saúde não corriam mais risco de ser vítimas de distúrbios funcionais do que as pessoas não infectadas"*, e que não existia *"até o momento nenhuma prova de um aumento das anomalias neurológicas ou neuropsicológicas nas pessoas soropositivas"* (*Le Monde*, 22-3-1988).

Toda vez que se apresenta o problema do teste de detecção retorna automaticamente o dos riscos de discriminação e de exclusão dos soropositivos. Na vanguarda da contra-mobilização em torno do tema "AIDS e liberdades" se encontram os *Gays* pela Liberdade, associação homossexual ligada ao Partido Socialista.

Em fevereiro de 1988, o comitê executivo do Partido Socialista adota o relatório elaborado por um grupo de especialistas reunidos em torno da deputada Françoise Gaspard: "Diante da AIDS: verdade, responsabilidade, solidariedade." Essa relação repele a idéia, *"sob a forma que for, de um ataque ao teste de detecção consentido"*, rejeita qualquer idéia de isolamento, levanta o problema do tratamento e da inadaptação

das estruturas hospitalares e pede campanhas de informação que deveriam mobilizar todos os profissionais da área da saúde. Finalmente, esse relatório chama a atenção para a necessária solidariedade internacional. Sobre todos esses pontos, ele está em harmonia com os relatórios parlamentares citados acima, mas distingue-se destes por um trecho que apresenta claramente o problema dos direitos civis dos homossexuais, *"que continuam incompletos e frágeis, e devem ser considerados à luz da epidemia com um olhar novo"*.[20] A esse relatório do Partido Socialista juntam-se as tomadas de posição, a partir de maio de 1987, de organizações anti-racistas (resolução da Liga dos Direitos do Homem adotada no congresso de Epinay de maio de 1987, contra toda forma de exclusão e de discriminação das pessoas acometidas de infecção pelo vírus HIV). No final de 1987, a AIDS se viu definitivamente transformada em objeto político.

As medidas preventivas aparentemente mais técnicas representaram, à sua revelia, seu próprio papel nessa elaboração. De fato, a venda livre de seringas provoca reações liberais ou repressivas na luta contra a toxicomania. A questão de saber se se deve ou não aconselhar o aborto a uma mulher soropositiva reativa a controvérsia sobre a interrupção voluntária da gravidez. A venda livre dos preservativos questiona a abordagem natalista em nome da qual ela havia sido proibida fora das farmácias. A publicidade feita em relação ao preservativo e ao *safer sex* se opõe à concepção do amor da Igreja católica, que vê em ambos uma tendência à desumanização e que mistura, através da declaração do episcopado francês *De la peur à la solidarité*, a compaixão pelos doentes e a recusa da segregação, com a advertência contra os preservativos e os efeitos perversos das campanhas anti-AIDS, consideradas incentivadoras das relações sexuais livres e efêmeras.[21]

À politização politiqueira juntam-se então as reações morais provocadas pelas medidas preventivas que tiram de todo argumento técnico sua neutralidade e inocência. A AIDS torna-se então o revelador de clivagens políticas antigas e novas, reativando, além da clivagem direita/esquerda, a das classes e das gerações marcadas por seu grau de tolerância e de confiança na responsabilidade individual.

A proposta de medidas repressivas tem por condição que elas sejam justificáveis. No caso da AIDS, é preciso que esta última seja encarada como uma ameaça que atinge a população no seu conjunto, para eliminar a desconfiança de querer atingir grupos estigmatizados, e não a doença. Ora, apesar dessa percepção de risco cada vez mais generalizado, as estatísticas de controle provam que a AIDS continua a atingir prioritariamente os homossexuais e os toxicômanos, sendo marginal a transmissão heterossexual, tanto nos Estados Unidos como na Europa.

São essas pessoas mais expostas que a politização ameaça mais diretamente. Se, enquanto predominava nos discursos públicos a "desdramatização", as organizações e os meios de comunicação de massa homossexuais mantinham atitude de espera cautelosa, a politização presente os leva a acentuar o desafio, a adotar posições ofensivas e a procurar aliados. Embora a argumentação médica técnica seja conduzida para uma discussão social mais ampla, cujos resultados não pode controlar em sua totalidade, esse efeito de politização da AIDS continua limitado pelas dimensões verdadeiramente técnicas do problema, que conferem papel maior aos profissionais da medicina. Eles representam para todos os protagonistas um aval indispensável. A própria Frente Nacional só pôde erguer-se "contra a impostura dos médicos ligados aos meios de comunicação de massa" através da voz de um médico que possui o título de doutor e apresenta, de certa maneira, o grau mínimo de competência exigido para realizar tal gesto político.

Por enquanto, a maioria dos especialistas internacionalmente reconhecidos apresentam a responsabilização individual como a única arma eficaz contra a extensão do mal. Aparecendo como a encarnação de uma atitude racional, esta tem a vantagem suplementar de respeitar a vida privada e os valores fundamentais de nosso sistema político. Com a extensão da doença aumenta igualmente o número de médicos que podem aspirar a uma palavra autorizada. Posicionamentos heterodoxos misturados com as estratégias profissionais e institucionais tornam-se mais prováveis. Nesse contexto, praticamente não causa espanto que uma das primeiras ofensivas tenha vindo de médicos ligados a ARC,

que, destacando a ligação entre câncer e AIDS, tenta ampliar seu campo de ação e de influência propondo especialmente a criação de um centro europeu de pesquisas aplicados à detecção precoce e à prevenção, bem como o desenvolvimento de centros de detecção que se ocupem do câncer e da AIDS. Nessa lógica, a história institucional da AIDS contribuiria para a expansão da cancerologia.[22] Essas controvérsias ligadas às estratégias institucionais reforçam a incerteza inerente a todo saber científico e provocam a inquietação dos públicos e as reivindicações de medidas enérgicas reveladas pelas sondagens que registram as reações espontâneas e ao mesmo tempo os efeitos da discussão pelos meios de comunicação de massa e da politização da AIDS.

Crenças espontâneas e sentimento de incerteza

O sentimento individual de segurança é sempre frágil e precário. Para ser estabilizado, precisa de "garantias". Situadas fora do indivíduo, estas podem ser de ordem institucional e jurídica ou técnica. Mas uma forte autoconfiança, fruto do trabalho de aprendizagem e de toda a socialização de uma pessoa, também pode desempenhar o papel de garantia interiorizada e psicológica do sentimento de segurança. À medida que diminui a esperança numa solução técnica rápida sob a forma de vacina e de tratamento eficaz, a busca da segurança se vê então canalizada, seja para garantias macrossociais regulamentares, seja para o aprendizado de uma sexualidade sem riscos que origina o sentimento de que o indivíduo pode proteger-se por suas próprias forças.

Que indivíduos ou grupos se orientem mais para soluções administrativas e coercitivas ou para "mudanças livremente consentidas nos costumes" depende não só da natureza do risco tal como o descreve a ciência médica, mas da idéia que se tem dele e das capacidades variáveis de se adaptar a ele. O abismo que separa o risco "objetivo" (contágio por transmissão viral pelo sangue e pelo esperma) e o risco tal como é percebido individualmente ou por grupos inteiros alimenta medos, boatos e controvérsias que pesam sobre formas práticas de gestão

do risco.[23] Esse abismo, mas também as oposições políticas ligadas a percepções contrastadas do risco podem ser observados empiricamente nas pesquisas e sondagens.[24]

Todo contexto de incerteza é infalivelmente gerador de medo e de crenças, mais ou menos fundadas, mas indispensáveis à ação. Como para qualquer outro risco, a intolerância afetiva ao incerto e os obstáculos à representação ponderada das probabilidades conseguiram despertar receios mais fortes porque a medicina curativa continua, apesar de importantes descobertas, impotente diante da AIDS. As descobertas científicas certamente permitiram reduzir as zonas de incerteza e transformar, em princípio, uma ameaça difusa e inexplicada em risco evitável. Contudo, essas informações científicas não são assimiladas por todo mundo. A AIDS não escapa à regra geral segundo a qual tende-se a subestimar os riscos familiares e comuns e a sobrestimar os de conseqüências catastróficas que permanecem invisíveis, distantes e abstratos.[25] Assim, constata-se em sondagem realizada na Ile de France no final de 1987, após longa campanha nacional de informação, que inúmeros são aqueles que sempre vêem na AIDS uma ameaça que paira sobre nós nas situações da vida diária. Antes de mais nada, hipóteses discutidas em publicações científicas antes de serem refutadas, a transmissão pela saliva e por mosquitos, continuam gravadas nas memórias de um terço das pessoas sondadas. Por vezes acusados da transmissão de DST mais clássicas, como a sífilis, os banheiros públicos também são acusados da transmissão do vírus HIV por 28%, e diferentes contatos diários com pessoas contaminadas, do beijo à convivência em meio hospitalar, passando pelo fato de beber num mesmo copo, são sinônimos de situações contagiosas aos olhos de minoria significativa de 15% a 26%. Apesar da introdução, em agosto de 1985, do teste de detecção sistemático nas doações de sangue, quase 90% continuam a temer eventual transfusão e mais de 50% identificam na doação uma fonte de transmissão.

A informação de base sobre a transmissão do vírus pelo sangue e pelo esperma tornou-se saber comumente compartilhado. As outras vias expressamente rejeitadas pelos especialistas mas fortemente presentes

nas representações coletivas se devem em parte à má compreensão do discurso dos especialistas (a doação do sangue, por exemplo), à falta de confiança nas autoridades e nas instituições de saúde (a transfusão) e a controvérsias científicas muito divulgadas pelos meios de comunicação de massa e cuja resolução só tardiamente é integrada nas avaliações leigas do risco (a saliva e os mosquitos).

Ao lado desses fenômenos de distorção e de atraso que separam o discurso erudito das crenças leigas, a analogia com outras doenças (a sífilis, por exemplo) alimenta igualmente a superestimação do risco. A angústia mais profundamente arraigada do contato pessoal com pessoas contaminantes completa esse quadro dos elementos que subentendem as avaliações individuais do risco de transmissão.

Tratando-se de fenômeno de ajustamento de percepções espontâneas às perícias científicas, essas avaliações variam muito segundo o nível de instrução, que determina o acesso às informações médicas, de maneira que os grupos mais diplomados desposem o discurso médico dominante bem como a ética correspondente, isto é, que a AIDS, doença evitável transmitida pelo sangue e pelo contato sexual, e não em situações comuns, não exige nenhum distanciamento das pessoas doentes. Quanto menor o nível de instrução, mais aumenta o sentimento de incerteza e de insegurança, à medida que aumentam as supostas vias de contaminação, angústia que leva uma minoria de 10 a 20% da população a ver nos portadores do vírus um perigo ambulante.

Se a avaliação do risco é função das capacidades intelectuais indispensáveis à compreensão de fatos científicos, ela depende igualmente da confiança que as pessoas depositam nas diferentes fontes de informação e nos responsáveis pela saúde pública. Enquanto os pesquisadores e os médicos (90%) e as associações de luta contra a AIDS (73%) gozam de confiança quase ilimitada, as instâncias políticas, com exceção do Ministério da Saúde, que nesse caso é visto como parte do corpo médico (62%), quase não são consideradas competentes e dignas de confiança na questão: somente 30% confiam no governo, 12% nos políticos locais. Assim como a atitude tranqüilizadora dos tribunais de saúde da época da peste acaba por provocar a desconfiança,

a atitude de "desdramatização" dos responsáveis alimenta atualmente certo ceticismo, senão a desconfiança, por parte daqueles que, por falta de confiança mais geral no futuro, encaram a realidade com pessimismo, predisposição que reforça a AIDS. Embora a AIDS seja muitas vezes vista como um risco aleatório de contágio, somente 13%, concentrados nas parcelas intelectuais mais jovens das classes médias, que fazem avaliação mais realista do risco, a temem para si mesmos. Em compensação, aqueles que, de condição modesta, vêem o risco quase por toda parte não se sentem porém expostos pessoalmente. Esse paradoxo aparente desaparece quando se faz intervir o conhecimento dessa doença ora abstrata, ora concreta. No final de 1987, somente 14% da população geral tinham conhecido soropositivos ou convivido com eles em seu meio pessoal. Ora, somente a proximidade social com pessoas contaminadas e sua visibilidade dão um rosto humano a essa doença. Tal conhecimento não divulgado pelos meios de comunicação de massa se limita ainda aos grupos na faixa de idade entre 25 e 45 anos, nas profissões intermediárias e superiores, onde, segundo as estatísticas de controle, a doença tomou seu primeiro impulso, onde, também, o contato social entre os mundos heterossexual e homossexual ocorre mais facilmente.

Aqueles que se vêem diante de vítimas que pertencem ao mesmo meio sociocultural e à mesma geração tendem a se identificar com a sorte delas, a se sentir afetados pela doença e expostos ao risco de pegá-la. Essa proximidade e o sentimento de ser afetado dão origem a pedidos de informação precisa e ao ajustamento de suas próprias convicções aos conhecimentos científicos, com o objetivo de atenuar medos "exagerados". Do mesmo modo, essa proximidade com as pessoas contaminadas e a compaixão por elas tendem a levar a pensar que todo mundo poderia ser atingido por essa doença, ao passo que o imaginário coletivo continua a condenar a AIDS a toda espécie de marginalidade, a despeito da visão de risco onipresente.

Além dos grupos mais representados nas estatísticas de controle, homossexuais masculinos e toxicômanos por via intravenosa, o imaginário coletivo insere nos "grupos de risco" as prostitutas e os homens

que também se prostituem, as lésbicas (51%), que na verdade não são absolutamente atingidas pela doença, toda pessoa que viaja muito (51%) e, evidentemente, todos aqueles que vivem com doentes ou soropositivos (40%). A visão do século XIX das "classes trabalhadoras-classes perigosas" assume hoje a forma de "marginalidade-perigo". Embora muito poucas pessoas ainda procurem razões religiosas para os males sociais (somente 3% vêm na AIDS um castigo de Deus), 54% mencionam espontaneamente a decadência moral e a liberação dos costumes como causa da AIDS, favorecida, segundo 41%, pela imigração, outro suposto motor da decadência.

A associação "AIDS-marginalidade-perigo" limita a compaixão por suas vítimas, consideradas, ao contrário dos cancerosos, responsáveis pelo que lhes acontece e muitas vezes alvos da desconfiança de não informarem seu estado ao parceiros sexuais e a seu meio. Essa representação da doença e dos doentes se opõe a uma estratégia de saúde pública que se valha da responsabilidade individual, estratégia essa que só pode convencer aqueles que, por destino e experiência, aceitam uma definição individualista do problema e das soluções dela decorrentes.

Ora, essa mensagem individualista — "cada um é responsável por sua própria sorte" e "cada um pode evitar ser contaminado" — é contrária à experiência comum, segundo a qual as pessoas em sua maioria se sentem responsáveis, não só por si mesmas, mas também por seus próximos, especialmente pelos filhos. O estado civil (ser solteiro ou casado) e o número de filhos são dois elementos que estruturam as reações a AIDS, além do nível de instrução, da classe e da idade. E, se quase todo mundo se mostra disposto a trabalhar na companhia de pessoa soropositiva e 80% a ir comer na casa desta, somente 58% deixariam os filhos em sua companhia.[26]

Longe de se conformar apenas ao discurso médico, a representação do risco e da doença se baseia na diversidade de informações e experiências, bem como em hábitos, tradições, convicções éticas e condições de vida. Todos esses elementos intervêm quando uma pessoa forma a opinião sobre a AIDS, sobre seu grau de exposição pessoal ao

risco e sobre as formas de luta — individual ou coletiva — contra a doença.[27] Disso resulta a diversidade de dispositivos de segurança, que diferentes grupos desejam ver adotados, a fim de criar o nível de segurança considerado necessário para tornar o risco aceitável e suportável.

Quanto mais elevado e aleatório parece o risco, mais ele é definido como ameaça para todo o equilíbrio social e econômico, e mais o desejo de segurança é expresso na reivindicação de garantias institucionais e jurídicas. O sentimento de ter de enfrentar um fenômeno incontrolável, potencialmente catastrófico, com o qual, ainda por cima, poucas pessoas estão familizarizadas, eleva ao máximo a aversão a essa doença e leva à exclusão daqueles que simbolizam o perigo e a decadência.

Os dispositivos imaginados

Levando em consideração a insistência com que a prevenção propõe o "preservativo, única vacina disponível atualmente", causa espanto a porcentagem muito fraca de seus utilizadores (9%), metade dos quais para evitar a gravidez, e não por medo da AIDS. Ora, esse número deve ser comparado com os 10% que, nos seis meses que antecederam a pesquisa, tiveram múltiplos parceiros, tendo muitos deles renunciado a relações sexuais. Essa minoria de solteiros jovens, entre 20 e 30 anos, muitos deles diplomados, composta de classes médias superiores e de estudantes universitários, leitores do *Libération*, de *L'Evénement du Jeudi* ou do *Nouvel Observateur*, de tendências ecológicas ou esquerdistas, se distingue claramente do resto da população: sua reação resulta de mudança comportamental, e não só de opinião ou de atitude. Muito bem informados e sentindo-se expostos, esses hedonistas, representantes da geração que lutou pela liberação sexual, adaptam seu comportamento sexual, recusando porém o moralismo e a estigmatização. Por preocupação com a saúde, inúmeros deles já fizeram o teste.

Existe outro grupo, social e culturalmente semelhante, que também conhece soropositivos mas não mudou de comportamento se-

xual, porque vivem como casal. Situando-se mais à esquerda e valorizando a solidariedade, confiam nos soropositivos e velam ociosamente pelo respeito à confidenciabilidade e ao consentimento esclarecido em todas as questões que dizem respeito aos testes de detecção. A estratégia de prevenção que dá ênfase à responsabilização convém a sua visão do mundo e os conforta em suas convicções.

A esses dois primeiros grupos, que representam um quarto da população, se opõe um terceira subpopulação, partidária de medidas de detecção obrigatória, seja por razões preventivas no caso de mulheres grávidas e antes do casamento, seja porque desconfiam de certos soropositivos, por sua irresponsabilidade incorrigível: os toxicômanos, as prostitutas, os prisioneiros. Próximos do centro e da direita clássica, entre a casa dos 40 e a dos 50 anos, esses casais legalmente casados, com vários filhos, acreditam essencialmente por duas razões nas virtudes do teste de detecção obrigatório para grupos específicos: tanto quanto por eles mesmos, senão mais, temem pelo futuro dos filhos. Além disso, atribuem valor preventivo às visitas médicas e aos testes. Por essa razão, o teste de detecção obrigatório para populações de risco lhes parece a alternativa para medidas mais coercitivas de isolamento. Essa importância dada, no dispositivo preventivo, ao teste, esse instrumento técnico, não é estranha à tendência cientificista desse grupo, a qual se exprime em seu gosto pela imprensa de vulgarização científica e em sua sede de explicações causais. Mais do que outros, continuam muitas vezes a acreditar na transmissão do vírus pelos mosquitos, hipótese efetivamente discutida nos meios científicos antes de sua refutação em 1987, no Congresso Internacional sobre a AIDS, em Washington,[28] e nas diferentes teorias da origem da doença, naturalista ("a transmissão pelo macaco verde") ou tecnológica ("vírus produzido por acidente de laboratório").

São indefinidas as fronteiras entre esse grupo e outro, de atitudes mais coercitivas ainda. Quanto mais se tem a tendência de acusar a liberalização dos costumes de ter favorecido a eclosão da AIDS, maior é o mal-estar diante de todo sinal de desordem, mais são aceitas as infrações à confidenciabilidade e à regra do consentimento es-

clarecido antes do teste. Em virtude dos desequilíbrios financeiros que temem, alguns combinam então sua reivindicação de teste de detecção obrigatório para grupos expostos com a comunicação dos resultados do teste à Previdência Social, às companhias de seguro e até mesmo aos empregadores.

A vontade de recorrer à coerção na sua forma mais extrema — o isolamento dos doentes e dos soropositivos — decorre da má informação e da superestimação dos riscos na vida diária, mas também das conseqüências esperadas da AIDS: a desagregação de nosso sistema social e dos valores dominantes. Essa percepção da AIDS como risco maior para os equilíbrios sociais e econômicos se manifesta na parte inferior da escala social, em categorias da população ameaçadas pela crise econômica, em certas parcelas das classes populares e na classe média tradicional decadente, de pequenos artesãos e comerciantes que simpatizam com a Frente Nacional. Sua propensão repressiva é maior porque os soropositivos carregam estigma suplementar, de modo que há pessoas que gostariam de ver colocados de quarentena os prisioneiros soropositivos, e elas constituem número três vezes maior do que os 10 a 14% que reivindicam essa medida de exclusão para todos os soropositivos e doentes. Projetando seus receios em relação ao futuro sobre a AIDS e sobre a imigração, que encaram como fenômenos intimamente ligados que simbolizam a decadência social, econômica, moral e nacional, querem que a luta contra a doença também sirva para restabelecer a ordem tradicional. Assim, aceitam a supressão da confidenciabilidade do segredo médico, mas se mostram um tanto reticentes em relação ao aumento da educação sexual na escola e à publicidade para os preservativos, duas medidas que a seus olhos equivale a aceitar a libertinagem e a acelerar a decadência social e moral.

Dessa análise extraem-se vários sistemas de pensamento relativamente coerentes sobre o risco e os dispositivos considerados capazes de contê-lo. Dois grupos de tamanho equivalente, que reúnem, cada um, cerca de 10% da população, refletem de modo bastante puro a oposição entre a gestão deliberada, que se vale do livre consentimento das pessoas, e a gestão repressiva da AIDS. O primeiro assume efetivamente

suas responsabilidades, já mudou o comportamento sexual e não aceita nenhuma interferência na liberdade individual, o segundo só confia na repressão e na exclusão. Essa oposição de reações diante da AIDS reproduz todo um sistema de oposições que criam a distância entre essas duas populações no espaço social: na parte superior e na parte inferior da escala do nível de instrução, das classes sociais, da idade, nos dois pólos extremos também dos sentimentos religiosos, o ceticismo sistemático em relação a todos os sistemas de crença (inclusive a ciência) de um lado, a religiosidade tradicional do outro.

Nos dois casos, as medidas consideradas para lutar contra a AIDS visam indissociavelmente à preservação da vida física (de si mesmo e da coletividade) e da vida psíquica e moral, portanto do sistema de todas as convicções e valores que conferem sentido à vida física e que resumem as experiências sucessivas de toda uma vida. E, se a preocupação com a ordem tradicional exacerbada pela visão do risco biológico onipresente leva às reivindicações repressivas, estas são ainda reforçadas pela falta de confiança nos outros. Na ausência do conhecimento pessoal de vítimas, na ausência do sentimento de também estar exposto, o caminho da compaixão e da solidariedade com as vítimas é fechado, ao passo que se abre o da busca de bodes expiatórios. Isolando os portadores de ameaças que pesam sobre sua vida física, esperam inconscientemente manter a distância todas as ameaças que pesam sobre sua sobrevivência econômica e social.

Por se sentirem especialmente expostos, em sua existência biológica, social e moral, os libertários e hedonistas que construíram toda a sua vida (e sobretudo sua vida sexual) em ruptura com as normas dominantes combinam sua luta contra a doença com uma afirmação das liberdades. Sua argumentação reafirma a concepção de uma sociedade emancipada que reúne seres iguais, responsáveis, capazes de aprender e de se adaptar às necessidades de um meio em mudança. Mas também essa argumentação abrange uma dimensão pessoal e interessada: o reflexo em nome dos direitos do homem se insere inelutavelmente numa estratégia de defesa contra sua própria estigmatização, que eles prevêem e na qual poderia resultar qualquer busca de bodes expiatórios.

Não é de espantar, portanto, que essa atitude, minoritária na população geral, seja majoritária, como vimos, entre os homossexuais.

As outras reações constituem sistemas de pensamento mais heterogêneos, conciliações que pesam os "prós" e os "contras". O que distingue então os que são "pró" dos que são "contra" mais coerções é a confiança depositada nos outros (e sobretudo nos soropositivos), a autoconfiança proporcional à capacidade de se adaptar individualmente ao risco, o fato de se determinar essencialmente em função de si mesmo e não de seus parentes e de seus filhos. Mas a unanimidade se estabelece diante de qualquer ruptura de um contrato de confiança e da necessidade de levar à justiça pessoas que favorecem deliberadamente a propagação da doença.

A renúncia a qualquer intervenção repressiva está diretamente ligada à existência e à força de garantias interiorizadas do sentimento de segurança diante da AIDS. Em compensação, a falta de confiança em si e o sentimento de insegurança que dela resulta se refugiam na busca de garantias externas, sob a forma de soluções técnicas (o teste) e regulamentares, consideradas as únicas capazes de restabelecer a segurança e a certeza num sistema desestabilizado.[29]

À luz das exigências de justeza e de justiça, compreende-se melhor que 38% persistam em reivindicar o teste de detecção obrigatório de toda a população, apesar da opinião dos especialistas, que o consideram extraordinariamente dispendioso, inútil, até mesmo perigoso, porque corre o risco de criar um falso sentimento de segurança.[30] Do ponto de vista técnico, a idéia do teste de detecção obrigatório para toda a população remete a medidas semelhantes, no caso da tuberculose por exemplo, gravadas na memória como o começo do fim do mal. Sinônimo de acesso aos cuidados ou pelo menos ao acompanhamento médico regular, essa medida tem mais a virtude, a julgar por uma opinião corrente de provocar a tomada de consciência de todos os soropositivos, motivando-os a ajustar seu comportamento a esse estado. Respeitando o valor de igualdade diante da lei, o teste de detecção para toda a população permite evitar a controvérsia sobre as fronteiras e os limites legítimos de testes de detecção dirigidos a grupos específicos. Apesar

de seu custo, ele se torna assim aceitável, porque permite contornar o problema de injustiça levantado pela aplicação de instrumentos menos dispendiosos e dotados de justeza técnica equivalente.

Entre dois pólos de atitudes definidas que reúnem um quinto da população, a indecisão ainda prevalece sobre a conciliação aceitável e justificável aos olhos da maioria. Essa indecisão prova, se necessário, o quanto as reações a AIDS são submetidas a uma elevada coerção de justificação própria de situação excepcional. Se a estruturação dos dados pelo nível de instrução, classe social, idade e estado civil mostram o quanto estão, de certo modo, pré-programadas pelos hábitos, a preponderância estatística de posições intermediárias e mistas advoga em favor de interpretação que dê ênfase à situação marcada pela dupla coerção de coerência com os discursos de especialistas e com princípios cívicos,[31] situação que impediria a expressão de reações espontâneas.

Nesse contexto, o teste voluntário de detecção adquire grande importância. Segundo inúmeras pesquisas, o fato de se permitir o teste (independentemente do resultado) parece inserir-se na adoção de um conjunto de comportamentos de *safer sex* que permitem reduzir o risco de contaminação. O sucesso do teste voluntário poderia, então, atenuar a reivindicação do teste obrigatório, daí a utilidade de facilitar o acesso ao teste anônimo e gratuito e também de tornar visível a extensão considerável desse fenômeno: em 1987, 14% da população sexualmente ativa da Ile de France e 50% dos homossexuais já o tinham feito. Em 1986, o número de testes Elisa feitos na França foi de 800.000 e, em 1987, de 2.300.000.

A reivindicação espontânea de controle regular e coercitivo da epidemia só pode diminuir se se instalar a crença no controle internalizado e a autodisciplina daqueles que são comumente identificados como as primeiras vítimas e os veículos da doença. Tal autogestão da epidemia passa, portanto, pela confiança, o que ressalta mais uma vez a importância desse mecanismo de regulação social.

[1] Essa atitude segue as reflexões de L. Boltanski, Y. Darré, com M. A. Schiltz, "La dénonciation", *art. cit.*.

[2] Esses textos que resumem a posição oficial dos responsáveis políticos e médicos foram retirados do folheto "A AIDS não passará por mim", distribuído no contexto de uma campanha nacional, em abril de 1987, pelo Comitê Francês de Educação para a Saúde.

[3] "Fusion répond à vos questions", *in: Guerre au sida*, folheto publicado pelo Partido Operário Europeu, Asnières, Monge, p. 12.

[4] Ch. Gerfaut, "Attraper le sida, c'est facile, pas cher et ça peut rapporter gros", *J'ai tout compris*, 2 de fevereiro de 1987, p. 13.

[5] Dr. Bachelot, "On cache la vérité", *Minute*, 1288, dezembro de 1986, p. 14-5.

[6] *J'ai tout compris*, 2 de fevereiro de 1987, p. 30.

[7] Dr. Bachelot, *art. cit.*

[8] Mudando o contexto de referência no qual podem ser pensadas medidas políticas, essas lutas semânticas visam ao domínio dos instrumentos de intervenção política (regulamentares), tanto quanto o domínio simbólico, senão mais. Cf. J. L. Austin, *How to do things with words*, Cambridge Mass., Harvard Univ. Press, 1962; A. V. Cicourel, *Cognitive sociology: Language and meaning in social interaction*, Middlesex, Penguin, 1973, p. 34, bem como a aplicação dessas teorias lingüísticas à linguagem política: M. Edelmann, *Political language: Words that succeed and politics that fail*, Nova York, Basic Books, 1977.

[9] Tony-Jean Brun, "Les droits de l'homme: sida masochisme", *J'ai tout compris*, 2 de fevereiro de 1987, p. 18.

[10] Ibid.

[11] G. Faye, "Mort à crédit", *J'ai tout compris*, 2 de fevereiro de 1987, p. 31.

[12] Dr. Bachelot, *art. cit.*, p. 15

[13] P. Bourdieu, "Les rites d'institution", *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 43, junho de 1982, p. 58-63.

[14] L. Boltanski e L. Thévenot, *Les économies de la grandeur*, Paris, PUF, 1987, p. 19.

[15] Cf. R. Rosenbrock, *AIDS kann schneller besiegt werden. Gesundheitspolitik am Beispiel einer Infektionskrankheit*, Hamburgo, VSA, 1987.

[16] P. Bourdieu, "La représentation politique", *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 36/37, fevereiro-março de 1981, p. 8.

[17] Essa atitude tática, que visa deslegitimar as autoridades, não deixa de lembrar a de outros movimentos sociais destes últimos vinte anos, que, ideologicamente, se situam porém no pólo oposto da direita, que quer politizar a AIDS. Cf. D. Nelkin e M. Pollak. *The atom besieged. Extraparliamentary dissent in France and Germany*, Cambridge Mass., MIT Press, 1981, p. 119 ss.

[18] Quanto às relações entre diferentes grupos privados e o setor das fundações nos Estados Unidos, cf. B. Barber, *The logic and limits of trust*, New Brunswick, Rutgers University Press, 1983; M. Pollak, "Die Wissenschafts-Moonies", *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 3/4, 1979, p. 173 ss.

[19] Cf. *Fondamental*, revista da ARC, 37, janeiro de 1988.

[20] "Face au sida: vérité, responsabilité, solidarité". Relatório de um grupo de especialistas do PS, 1987, mimeografado.

[21] "De la peur à la solidarité", declaração do episcopado francês, 23 de junho de 1987.

[22] P. Pinell, *art. cit.*

[23] F. X. Kaufmann, *Sicherheit als soziologisches und sozialpsychologisches Problem*, Stuttgart, WDV, 1973.

[24] Esse trecho se baseia em pesquisa realizada na Ile de France: W. Dab, J. P. Moatti, L. Abenhaim e S. Bastide. "Premiers résultats de l'enquête sur la perception du risque sida en Ile-de-France", ORS d'Ile de France, mimeografado. Gostaria de agradecer a W. Dab e J. P. Moatti por me terem permitido o acesso a essa pesquisa.

[25] Ch. Lefaure e J. P. Moatti, "Les ambigüités de l'acceptable. Perception des risques et controverses sur les technologies", *Culture Technique*, 11, 1983, p. 11-23.

[26] Cf. D. Nelkin e S. Hilgartner, "Disputed dimensions of risk: a public school controversy over AIDS", *Milbank Quarterly*, 64, 1986, p. 118-142.

[27] Ch. Lefaure e J. P. Moatti, *art. cit.*

[28] Cf. P. G. Jupp e S. F. Lyons, "Experimental assessment of bedbugs and mosquitos as vectors of HIV", Comunicação na III Conferência Internacional sobre a AIDS, Abstracts Volume, 1987, p. 16; K. G. Castro, S. Lieb, C. Calisher, J. Witte e H. W. Jaffe, "AIDS e HIV infection, Belle Glade, Flórida", Comunicação na III Conferência Internacional sobre a AIDS, Abstracts Volume, 1987, p. 106.

[29] A. Evers e H. Nowotny, *Über den Umgang mit Unsicherheit. Die Entdeckung der Gestaltbarkeit von Gesellschaft*, Frankfurt, Suhrkamp, 1987, p. 131.

[30] Cf. R. Süssmuth, *op. cit.*, p. 102.

[31] Cf. L. Boltanski e L. Thévenot, p. 84 ss.

CONCLUSÃO PROSPECTIVA

"A proporção da população atingida, em seu conjunto e também de acordo com as camadas sociais, a duração da evolução da doença, a duração da epidemia, o modo de contaminação, o saber e as crenças sobre a contaminação, a eficácia dos organismos de saúde pública locais e nacionais, as atitudes em relação à saúde, à doença e à morte, as normas do refinamento e do pudor",[1] assim se cria o clima das grandes epidemias:

Em seu livro *La peur en Occident*, Jean Delumeau destaca duas etapas nas reações diante da peste. No início, enquanto o número de óbitos permite esperar sua recessão, os tribunais de saúde da época, enganando a si mesmos, tranqüilizam as populações com *"uma espécie de unanimidade na recusa de palavras consideradas tabus. Evitava-se dizê-las. Quando o faziam, no início de uma epidemia, era numa frase negativa e tranqüilizadora, como "não é exatamente a peste". Dizer o nome do mal teria significado atraí-lo e derrubar a última muralha que lhe conservava o respeito. Chegava um momento, porém, em que já não se podia evitar chamar o contágio pelo horrível nome. Então reinava o pânico."*[2]

As análises históricas das epidemias servem para interpretar as primeiras reações diante da AIDS e para apresentar hipóteses sobre sua gestão futura? A "desdramatização" de hoje é assimilável à cegueira inicial dos tribunais de saúde do passado? E a "politização" consecutiva não inaugura um pânico que poderia tornar-se incontrolável? Freqüentes na imprensa, essas comparações, por mais sedutoras que sejam, desconhecem as características essenciais do regime de uma epidemia moderna que distingue a AIDS de todos os predecessores históricos, a

saber: a preponderância da ciência e dos meios de comunicação de massa, o fenômeno associativo e a coordenação internacional da luta contra a doença.

Doença divulgada pelos meios de comunicação de massa

A elevação constante da taxa da população atingida na França, que, dobrando cada onze meses, ultrapassará no final de 1988 o total de 6.000 pessoas,[3] a existência de número considerável de portadores invisíveis do vírus (os soropositivos), a duração do mal e sua lenta disseminação para fora dos primeiros grupos atingidos poderiam gerar reações cada vez mais violentas e politizadas. Essa eventualidade, tornada plausível pelas iniciativas da Frente Nacional e observada em outros países, ocorreria no caso de desilusão crescente em relação a uma ciência médica triunfalista e impotente, e diante da ineficácia da informação sobre as mudanças de comportamento a serem realizadas e, portanto, sobre a evolução estatística da epidemia.

Mas grande forças se opõem, nas sociedades industriais modernas, na seguinte evolução: os veículos de informação de massa, justamente, que transmitem quase imediatamente as notícias médicas, e a supremacia da opinião médica sobre aqueles que querem utilizar a doença com fins ideológicos e morais.

Dificilmente o papel desempenhado pela imprensa e pela televisão é apreciado. Aumentando as boas e as más notícias, os meios de comunicação de massa podem, alternadamente, acentuar a esperança e a desilusão. A publicação acelerada de protocolos terapêuticos experimentais e seus resultados por vezes decepcionantes ou os últimos números epidemiológicos, alimentando o sentimento de impotência, podem reforçar a propensão para as intervenções repressivas. A esse respeito, a ampliação da definição da AIDS, proposta pelo CDC em setembro de 1987, teria efeitos contraditórios. A inclusão, na categoria da AIDS, da maioria dos casos de ARC, considerados anteriormente

como estado menos grave da infecção pelo HIV, provocará a elevação importante das estatísticas de morbidade e, ao mesmo tempo, a baixa da taxa de mortalidade pela AIDS. Embora mostrando a epidemia em sua extensão, essa nova nomenclatura teria a tendência de fazer a AIDS perder a imagem de doença irredutivelmente mortal.

As estatísticas epidemiológicas em aumento permanente podem também acostumar a população a esse problema de modo desdramatizado, sendo que a teatralização provoca tanto lassidão e indiferença quanto pressão e angústia. É nesse sentido que evoluem a crônica policial e as historietas. Se, no início da doença, predominavam na imprensa relatos de pânico nos hospitais, nas escolas ou no meio que cerca os doentes, a crônica policial menciona atualmente tanto os "efeitos secundários" da AIDS quanto seu uso instrumental nas lutas reivindicatórias ou as conseqüências ecológicas dos preservativos jogados fora em plena campanha. Assim, ficava-se sabendo, em agosto de 1987, que, após a intervenção de salvamento de um homem ferido, que se revelaria portador de uma AIDS evolutiva, os sapadores-bombeiros de Chambéry pediram que a AIDS fosse reconhecida como um risco e uma doença profissionais. Na mesma época, a associação dos veterinários britânicos lançava a advertência de que *"a borracha dos preservativos pode ficar colada na boca dos animais maiores e bloquear (mortalmente) o intestino dos menores"* (*Libération*, 18-8-1987).

Na luta contra a AIDS, a própria opinião médica se manifesta de modo bem diferente de há cinqüenta anos, diante da sífilis, combatida, na falta de terapias eficazes, com todo o arsenal repressivo do fichamento das pessoas e da procura de seus parceiros. A ineficácia, até mesmo os efeitos negativos, dessas medidas sobre a livre disposição a se submeter a teste de detecção e a acompanhamento médico,[4] age contra o retorno de tais medidas, mesmo na hipótese de agravamento da situação a médio prazo. A ela acrescenta-se o custo financeiro de medidas gerais, como o teste de detecção sistemático, que comporta, no caso presente, inúmeras fontes de erro, sobretudo em virtude do período de soroconversão. Tudo leva a pensar que a especialidade médica continuará então, majoritariamente, a advogar em favor das medidas não-

coercitivas, como a informação, a educação, a multiplicação das estruturas anônimas de detecção e de conselho.

Quanto aos efeitos das mudanças de conduta sexual, não se pode esperar, nos próximos anos, baixa notável das curvas ascendentes do número de doentes e de soropositivos. Por vários anos, os efeitos das "mudanças livremente consentidas nos costumes" continuarão, por força das circunstâncias, praticamente imperceptíveis. Em virtude do longo período de incubação, os casos de AIDS registrados nos próximos dois a cinco anos dirão respeito, em sua maioria, a pessoas já infectadas. Além disso, a disseminação do vírus nas classes populares mais lentas para se adaptar ao risco poderia compensar a diminuição dos casos nas classes médias, as primeiras a se protegerem. Se o aumento do número absoluto de casos se mantém, a proporção dos diferentes grupos atingidos vai mudar provavelmente, progredindo o grupo de toxicômanos mais rapidamente do que o dos homossexuais, dos hemofílicos e das pessoas que sofrem transfusão de sangue, mais bem protegidos a partir de agosto de 1985. Apesar do aumento em números absolutos, a proporção dos casos de transmissão heterossexual (na falta de qualquer outra prática de risco) continuará, muito provavelmente, marginal.[5] O aumento e as características variáveis da população atingida não deixarão de influenciar as tendências em relação aos doentes e à prevenção, nos grupos mais atingidos e na população em geral.

A esse respeito, o livro *Le cri d'alarme*, publicado simultaneamente nos Estados Unidos e na França, reabre um duplo debate: sobre a vitimação da população heterossexual e sobre as vias da transmissão. Os sexólogos Masters e Johnson calculam em três milhões a população americana já contaminada pelo vírus. Esse cálculo alarmista se baseia em hipóteses de contaminação "pessimistas", sobretudo por via da saliva. Assim afirmam os autores: *"Se nenhuma pesquisa estabeleceu, até hoje, a prova formal de que o vírus da AIDS seja transmitido por via bucogenital, fazemos questão de afirmar que esse meio de transmissão representa uma certeza quase absoluta... Aqueles que preferem acreditar que o vírus não é transmitido pelo beijo apresentam dois argumentos. O primeiro consiste em dizer que a concentração do vírus é menor*

na saliva do que no sangue ou no esperma, o que pareceria correto quando se faz referência aos estudos relativamente sumários que existem atualmente. Mas isso significa ignorar que nela subsistem vírus ativos suficientes para contaminar a outra pessoa. O segundo argumento, também parcialmente correto mas muito pouco tranqüilizador, diz que até hoje ninguém realmente morreu de caso de AIDS atribuível ao beijo como meio de transmissão."[6]

Numa entrevista ao *Nouvel Observateur*, Willy Rozenbaum, especialista francês, relata casos de transmissão bucogenital e especifica:

"De qualquer maneira, não há nenhum sentido em incriminar o esperma ou o sangue, ou qualquer outro líquido fisiológico. Em medicina, nunca se definiu uma transmissão por um vetor. O que conta é a porta de entrada. Para a AIDS, a principal porta de entrada são as mucosas genitais" (*Nouvel Observateur*, 18 a 24 de março de 1988). Essa insistência numa suposta evidência médica não consegue fazer esquecer que toda a retórica preventiva inspirada, até mesmo concebida, pelos especialistas da AIDS, tinha até então falado em termos de "vetores". O que nos interessa para a análise sociológica não é apenas a legitimidade científica desse ou daquele enunciado, mas a linha de argumentação que dele se extrai e o impacto maior sobre as percepções públicas. A nova mensagem é recebida da seguinte maneira: um risco de contornos incertos e controvertidos atinge a população heterossexual. Num primeiro tempo, a insistência na possível transmissão heterossexual podia servir para impedir descontroles e estigmatizações das "populações de risco". Em compensação, poucos anos mais tarde e numa situação modificada, sendo a doença mais visível, essa mesma instância pode provocar reações de medo. Daí a mudança de argumentação dos responsáveis, que querem desdramatizar e insistem na fraca, até mesmo estatisticamente inexistente, transmissão heterossexual, quando respondem a Masters e Johnson:

"Atualmente, os casos de soropositividade encontrados nos heterossexuais estritos correspondem sempre à existência, no indivíduo ou em seu cônjuge, de um fator de risco — toxicomania, transfusão, etc. — já conhecido para a AIDS" (*Le Monde*, 10-3-1988).

Apesar da mudança evidente de perspectiva, a retórica preventiva conserva o caráter de linguagem sob dupla coerção. Lutando ao mesmo tempo contra os usos políticos e a favor da difusão das precauções sexuais, a retórica preventiva se vale continuamente de uma diferença, ora negada, ora afirmada, entre população homossexual e heterossexual diante do risco.

Há outro fenômeno que modifica a percepção da doença e dos doentes. Quanto mais a epidemia dura, mais a imagem do doente também se transforma. A informação exata e cada vez mais partilhada sobre as vias de transmissão, que fazem da AIDS doença individualmente evitável, poderia a longo prazo modificar a atitude em relação aos doentes. Pois, se a primeira geração de portadores de vírus o era à sua revelia, aqueles que se contaminam a partir de agora o fazem apesar das técnicas profiláticas que têm obrigação de conhecer e aplicar. Mais facilmente tidos como responsáveis por sua sorte, esses novos pacientes correm, portanto, o risco de encontrar menos compreensão e compaixão do que os primeiros.

Com sua tripla função — apoio à pesquisa, prevenção e ajuda aos doentes —, as associações são chamadas a um grande crescimento e a uma extensão de suas atividades. Melhores exatamente do que os poderes públicos para conceber campanhas de informação e de sensibilização dirigidas a grupos específicos, são um parceiro indispensável das autoridades de saúde. Seguindo o modelo da filantropia clássica, elas desempenham um papel apreciado pelos que buscam revezamentos e intermediários na coleta de fundos. Os médicos e os hospitais contam com seus serviços de ajuda aos doentes a fim de aliviar a própria carga de trabalho e *stress* emocional. A proximidade com os soropositivos e os doentes, reforçada pelo recrutamento de inúmeros voluntários entre eles, faz das associações o melhor defensor de seus direitos, do respeito por sua dignidade e pela ética médica. Fortalecidas pela legitimidade adquirida e pela confiança de que gozam junto ao grande público, as associações, sem serem ainda atores inevitáveis, já não podem ser desprezados num debate sobre a gestão da doença.

Esses dados fazem da AIDS, pelo menos na América do Norte e

na Europa, uma doença "típica", conhecida por experiência, no meio imediato, ou por ouvir dizer; daí a multiplicidade das reações que pesam sobre o debate público e as medidas administrativas e políticas, em toda parte no mundo.

Estoicismo e sentimento de impotência

Segundo nossas análises, é provável que as reações evoluam de modo diferencial, em função essencialmente da representação do risco e do sentimento individual ou coletivo de poder adaptar-se a ele ou não. O saber e as crenças na contaminação intervêm tanto nessas reações quanto as angústias projetadas sobre o risco biológico. Num pólo extremo das reações possíveis se encontram os hemofílicos. Conhecendo perfeitamente bem o risco, não tinham porém, antes de agosto de 1985, nenhum meio de se adaptar a ele. Sua dependência do sistema de transfusão de sangue faz com que, para eles a AIDS represente apenas mais um risco da saúde, mas de extrema gravidade, constituindo uma regressão considerável de sua situação médica, que tendera a melhorar nas últimas décadas. Nesse grupo atingido por uma soroprevalência de mais de 50%, as reações pesadas sobriamente, tanto coletivas (através da federação) quanto individuais (registradas por entrevista), traduzem a consciência aguda daqueles que, conhecendo os limites de toda segurança em matéria de saúde, interiorizaram igualmente a luta contra as discriminações cotidianas que atingem dissimuladamente toda pessoa portadora de uma "anomalia". O estado físico desses indivíduos, resultantes de longa história pessoal, explica seu realismo e sua reação moderada diante da AIDS, o que, evidentemente, não impede medos nem traumas.

Nos demais grupos muito atingidos, em que as taxas de soroprevalência ultrapassam 10 a 30%, a coerção social de adaptação ao risco vai transformar-se rapidamente em obrigação interiorizada, nos homossexuais e nos toxicômanos por via intravenosa. A experiência de uma morte que atinge maciçamente, o sentimento do absurdo dessa morte e

a dificuldade do luto provocaram entre alguns homossexuais das cidades grandes americanas síndromes depressivas semelhantes às dos sobreviventes de catástrofes.[7] Esse fenômeno poderia atingir brevemente algumas cidades européias.

Porque representam estatisticamente a grande maioria dos doentes e dos soropositivos, os homossexuais continuarão também a submeter toda medida administrativa de luta contra a doença à avaliação das conseqüências sobre sua situação social. Mas a essas reações defensivas juntam-se, como vimos, outras reações mais construtivas, que visam, em nome da prevenção, criar novas formas de sexualidade ritualizadas e/ou maior sociabilização das relações homossexuais, sobretudo pelo reconhecimento do concubinato *gay*.

No conjunto da população pouco afetada, as reações irão variar segundo o grau de proximidade com a doença. Vimos que é o contato direto com ela que favorece a compaixão e o realismo. Na falta de conhecimento pessoal, as reações decorrem essencialmente da avaliação do risco de transmissão inseparável de seu caráter sexual. O imperativo de "tomar conta de si" constitui, nas classes médias urbanas, onde a doença começou a se espalhar, forte motivação para cada indivíduo se adaptar ao risco. A experiência da liberdade sexual e a capacidade para explicar seus desejos, e para adaptá-los aos dos parceiros, acrescentam a essa motivação a capacidade efetiva de controlar e modificar suas práticas sexuais. Esses elementos, ligados às condições físicas das classes médias urbanas, predispõem a uma adaptação individual ao risco, bem como à recusa de medidas que tendam a limitar uma liberdade já sujeita a auto-restrição. A política atual encontra, muito naturalmente, seus partidários nessas camadas sociais.

Toda vez que uma epidemia ameaçou a população, esta tendeu a julgar "otimistas demais" as autoridades que, a seu ver, queriam, com um discurso tranqüilizador, evitar o pânico.[8] Essa desconfiança dos leigos em relação às instruções oficiais é bem conhecida dos historiadores das epidemias. É menos na ignorância que se deve procurar a explicação para as reivindicações de medidas repressivas do que num sentimento de insegurança decorrente da convicção profunda de não

poder dominar individualmente o risco (seguindo as regras do *safer sex*, por exemplo). Embora a manipulação ideológica se valha, como vimos, do medo de contaminação incontrolável, as motivações que exigem a intervenção do Estado por meio de medidas repressivas devem ser atribuídas não só à ignorância, mas também à sexualidade pouco segura, que é marcada pelo constrangimento, pela timidez e pelo pudor, e resulta num sentimento de impotência individual e de angústia, por falta de vínculos sociais.

Contar, para a gestão do risco, com as próprias forças ou, ao contrário, com a intervenção do Estado depende, portanto, do sentimento mais geral de ter controle sobre o próprio meio imediato ou de depender das tendências do momento e dos outros. Um comportamento estóico não é acessível a todos e depende muito do nível cultural. O sentimento de impotência daqueles que não têm capacidade nem vontade de ser estóicos leva ao apelo a uma força protetora, ao desejo frenético de aproveitar a vida sem se preocupar com as conseqüências ou ao auto-isolamento paralisante, sinônimo de morte social.

Se as descobertas científicas não permitirem dominar o mal nos próximos anos, a AIDS vai tornar-se o campo de predileção de uma recomposição do espaço político em torno de valores individualistas promovidos pela liberalização dos costumes e próprios das classes médias, que rejeitam coerções de escolhas particulares, sobretudo sexuais, opondo-se a uma parte das camadas populares e às parcelas decadentes das classes médias, que, para suas segurança e proteção coletivas, tendem a contar com o Estado.

O regime moderno de uma epidemia

Com poucas nuanças, a classe política, à exceção da Frente Nacional, desposa as posições dos especialistas. Mas, numa situação dificilmente previsível, a evolução não dependerá nem da manipulação pelos meios de comunicação de massa, nem da demagogia política, mas da adaptação recíproca e sucessiva das posições tomadas nos campos

jornalístico e político com a posição de seus públicos (leitores e mandantes) no campo social.[9]

Enquanto a esquerda (socialista), fiel a sua vocação de defesa das liberdades está em harmonia com as reações espontâneas de camadas médias urbanas, a Frente Nacional se esforça por explorar a necessidade de tranqüilização de certas camadas populares, e por engajar a direita nessa tarefa.

É nesse sentido que convém interpretar o caso do jornal *Action*, ligado à municipalidade de Nice. Dirigido pelo adido de imprensa do prefeito Jacques Médecin, do partido Reunião para a República (RPR), esse jornal retoma, em reportagem sobre a AIDS, em julho de 1987, os argumentos utilizados até então nas publicações de extrema-direita: *"Foi porque um dia um negro sodomizou um macaco verde que descia de sua árvore que a AIDS começou na África."* Fazendo duvidar do consenso exibido pela coligação RPR-UDF sobre uma política liberal em matéria de AIDS, esse caso provocou imediatamente a mobilização das organizações anti-racistas. Logo esquecido, após ter alimentado as crônicas de verão, esse escândalo "local" não prefigura conflitos mais amplos?

Por ocasião das campanhas presidencial e legislativa da primavera de 1988, a AIDS ocupou lugar marginal, devido ao custo político elevado de toda inabilidade retórica sobre esse tema. Mas foi possível observar uma convergência entre direita e a extrema-direita sobre o tema da família: "fator de coesão e de unidade social diante de flagelos como a droga ou a AIDS", segundo um folheto do candidato Jacques Chirac. Isso ilustra as tentações de manipulação ideológica da AIDS, mas também seus limites.

Um parâmetro suplementar intervém: o do número crescente de soropositivos que têm conhecimento ou não de seu estado. Vistos como eventuais intermediários entre os grupos circunscritos e o conjunto da população, os toxicômanos e os bissexuais inspiram mais desconfiança ainda do que os homossexuais que vivem entre eles aos quais se atribui maior capacidade de vigilância.

Desde já, é possível destacar indícios da aplicação seletiva de medidas repressivas, como se não fossem beneficiar-se do liberalismo

exibido oficialmente aqueles que não sabem fazer escolhas "sensatas" e conformes às precauções preconizadas. Assim, não são sempre aplicadas aos toxicômanos e à população das prisões as regras deontológicas, apresentadas como sagradas e absolutas, como o consentimento anterior ao teste e o direito de recusá-lo. Também não é por acaso que as primeiras medidas de detecção tomadas na Europa a partir de 1986, nas fronteiras, e o reenvio de soropositivos ao país de origem tenham atingido estudantes de origem africana chegados à Bélgica. Esse exemplo, que já não é caso isolado e atinge somente os indivíduos oriundos de países do Terceiro Mundo (e não os de países ocidentais igualmente suscetíveis de soropositividade), mostra a mistura entre considerações políticas e considerações médicas no caso das restrições de circulação internacional. Ao teste de detecção em populações consideradas "perigosas" acrescentam-se as reivindicações de testes de detecção sistemáticos por parte das companhias de seguro e dos empregadores, em nome de sua gestão com caráter de previsão. Um número cada vez maior de países poderia seguir o exemplo americano e bávaro, proibindo a imigração aos portadores do vírus.

Contudo, essas medidas repressivas são submetidas a coerções de justificação e dominadas por noções jurídicas e morais.

Graças à legitimação crescente da ciência, é improvável que a AIDS dê lugar às regressões sociais experimentadas pelas grandes epidemias ou a soluções "totalitárias" propriamente ditas. A recusa ponderada de soluções simplistas, a reticência dos especialistas em combinar o discurso técnico com recomendações morais, servindo os meios de comunicação de massa de correia de transmissão com os especialistas, a vontade de resolver de modo pragmático as divergências políticas decorrentes desse problema de saúde pública, o incentivo à responsabilidade individual e à solidariedade comunitária nos grupos mais atingidos, todas essas características distinguem a epidemia da AIDS das epidemias passadas.

Opor a "modernidade" da gestão da AIDS ao regime das epidemias históricas permite isolar-lhe os traços proeminentes: crença na solução científica do problema, recusa em aplicar medidas repressivas

contra pessoas contaminadas, confiança na capacidade individual de adaptação ao risco. Essas características estão em harmonia com os valores individualistas das sociedades industrializadas ocidentais, cujos traços de evolução dominantes são o caráter democrático e pluralista, a abertura ao debate contraditório e a recusa das coerções de ordem privada, sobretudo sexual. Com poucas exceções, os países industrializados ocidentais, evitando medidas de exclusão, adotam estratégia preventiva baseada na responsabilização individual. Nos lugares, como a Baviera e o Colorado, onde a tendência coercitiva prevalece, as autoridades esbarram com consideráveis resistências e, imediatamente, com estratégias individuais que visam burlar os regulamentos.

Mas dificilmente essa abordagem de saúde pública se aplica às sociedades de tradições diferentes. Daí a diversidade das estratégias preventivas, apesar dos esforços de coordenação internacional efetuados pela OMS. Após terem apresentado a AIDS como sinal da decadência ocidental, vários países socialistas, a começar pela URSS, se atrelam a uma rigorosa política de detecção nas fronteiras e de punição aos doentes ou soropositivos que transmitam deliberadamente o vírus. Quanto aos países mais pobres do Terceiro Mundo, sua incapacidade orçamentária de controlar até mesmo as transfusões de sangue, condena-os a certa "negligência". O apelo que fizeram à solidariedade internacional praticamente não deu resultados.

Segundo o modelo desenvolvido aqui, a gestão política da AIDS é submetida à elevada coerção de justificação, própria de situação excepcional. Conseqüentemente, ela quase não reflete as vontades e "opiniões" expressas espontaneamente e retomadas pelos partidos políticos, em conformidade com seu papel tradicional de intermediários. A política da AIDS é essencialmente função da evolução das relações entre especialidade científica, meios de comunicação de massa e associações. Nenhum desses três elementos pode ser analisado como um macro-ator homogêneo. Especialistas, meios de comunicação de massa e associações formam campos relativamente autônomos em que se exprimem a complementaridade e a concorrência entre vários agentes. Para obter os apoios necessários e aumentar sua força, estes estabe-

lecem múltiplas alianças muito complexas. A longo prazo, as associações são garantias mais certas de uma atitude ciosa das liberdades porque agem mais claramente em nome e no interesse das pessoas contaminadas. Elas têm necessidade da aliança com os especialistas médicos mais ilustres. A partir de 1987, multiplicam-se os sinais anunciadores de diversificação (política) do campo da especialidade médica: diversificação provada pelos posicionamentos da ARC e que toma forma em estratégias preventivas opostas. Os meios de comunicação de massa ampliam essas propostas divergentes.

Esse modelo torna imediatamente compreensíveis as diferenças estratégicas que a comparação internacional faz aparecer. Nos países ocidentais, as estratégias de saúde pública resultam da concorrência entre pontos de vista opostos e são função de múltiplas alianças, das relações de força entre elas, bem como de sua capacidade de justificar suas propostas em nome do interesse geral. Na falta de espaço público estruturado e desenvolvido que permita aos meios de comunicação de massa e às associações exprimir e promover suas visões, os poderes públicos ficam sem intermediários e pontos de apoio. Na incapacidade de conduzir uma política eficaz de informação dirigida a diferentes públicos, o recurso às medidas coercitivas se impõe como um reflexo pavloviano. Esse fenômeno observável nos países do Leste resulta menos da ideologia "autoritária" ou "totalitária" destes do que do fato de os instrumentos políticos que se valem da persuasão quase não existirem num sistema que não conhece espaço público no sentido que Habermas dá a esse termo. Em países, como a Hungria, em que pode contar com o bom funcionamento de tal espaço, por mais restrito que seja, o governo optou por estratégia mais "liberal", que autoriza a formação de uma associação homossexual que coopera diretamente com o Ministério da Saúde. O mesmo ocorre na Alemanha, inserida por intermédio da televisão no espaço da comunicação de massa do país.

Nos países africanos, a fraqueza da infra-estrutura médica e científica se junta às dificuldades de conceber uma política de informação moderna, por falta justamente de espaço público geral, o que obriga as autoridades a passar por redes de comunicação informais,

muitas vezes mal conhecidas. Daí a hesitação política, que oscila às vezes entre a negação do problema, a "negligência" e reações repressivas.

Se, no nível nacional, saber evitar a onda de pânico e o isolamento dos doentes não exclui a falta de solidariedade em relação a estes, a miséria dos países africanos diante da epidemia lembra a falta de solidariedade internacional. Longe de refletir valores humanitários, a gestão da AIDS, resultando do jogo complexo entre forças sociais divergentes que dão lugar a uma ordem negociada, revela as diferenças e as contradições entre as práticas, as imagens e os valores veiculados pelos diferentes discursos sobre o controle do mal.

1 J. Goudsblom, "Les grandes épidémies et la civilisation des moeurs", *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 68, junho de 1987, p. 12.

2 J. Delumeau, *La peur en Occident*, Paris, Fayard, 1978, p. 147.

3 A. M. Downs, R. A. Ancelle, H. C. Jäger e J. B. Brunet, "AIDS in Europe: Current trends and short term predictions estimated from surveillance data, january 1981-june 1986", *AIDS*, 1, 1, 1987, p. 56.

4 C. Quétel, *op. cit.*, p. 300 ss.

5 J. B. Brunet, D. Des Jarlais e M. A. Koch, "Report on the European community workshop on epidemiology of HIV infections", *AIDS*, 1, 1, 1987, p. 59.

6 W. H. Masters, V. E. Johnson e R. C. Kolodny, *Le cri d'alarme*, Paris, Le Pré aux Clercs, 1988, p. 37.

7 F. Rühmann, *AIDS. Eine Krankheit und ihre Folgen*, Frankfurt, Qumran-Campus, 1985, p. 137.

8 McNeill, *op. cit.*, p. 143.

9 P. Bourdieu, "Espace social et genèse des 'classes'", *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 52/53, junho de 1984, p. 9-10.

Gostaria de agradecer a várias pessoas pela ajuda que prestaram. Eu não poderia ter realizado este trabalho sem a confiança de todos aqueles que aceitaram responder a nossas perguntas. Lindinalva Laurindo da Silva, Jean-Yves Radenac, Juan Rodrigues e Jean-Pierre Piticco participaram do trabalho de campo, e Marie-Ange Schiltz cuidou do processamento dos dados das pesquisas. Este texto deve muito às críticas e sugestões de Nathalie Heinich, Bénédicte Vallet e Geneviève Jackson, mas sobretudo à releitura minuciosa de Christiane Stoll. Este livro baseia-se em várias investigações: uma pesquisa realizada em 1985-1986 para a Missão Pesquisa-Experimentação (Mission Recherche-Expérimentation — MIRE) do Ministério dos Assuntos Sociais e pesquisas anuais realizadas a partir de 1986 pela ADRESSE (Associação para o Desenvolvimento de Pesquisas e Estudos Sociológicos, Estatísticos e Econômicos), financiadas pela Direção Geral da Saúde e pela revista Gai Pied Hebdo. *Exploração de dados nos serviços de informática do CIRCE e da ADRESSE.*

ANEXOS

A fim de não sobrecarregar inutilmente o texto, preferimos apresentar em anexo os dados essenciais das pesquisas realizadas a partir de 1985. A representação gráfica da análise das correspondências da primeira pesquisa ressalta os subgrupos relativamente homogêneos que compõem a população homossexual e que, diante da AIDS, reagiram de modo diferente. Quatro quadros recapitulativos, que resumem os resultados das pesquisas de 1986 e 1987, mostram claramente o quanto a circulação do vírus e a adaptação ao risco são fenômenos diferenciais que não escapam às desigualdades sociais e culturais. Os últimos quadros indicam a evolução do medo e das reivindicações de medidas de luta contra a AIDS. Em aumento rápido até 1986, o medo atenua-se à medida que a divulgação das precauções sexuais proporciona o sentimento de maior controle, individual e coletivo, do risco. No decorrer desse mesmo período, vemos abaixarem as reivindicações de medidas repressivas para lutar contra o mal. Um último gráfico opõe o momento da primeira tomada de precauções sexuais dos "leitores" à dos "não-leitores da imprensa homossexual"(pesquisa de controle efetuada numa amostra de 300 homossexuais escolhidos de acordo com os contingentes da população masculina francesa). Esse gráfico ilustra o efeito do "two step flow of communication", isto é, que uma informação tem mais chances de ser guardada e de influenciar práticas se for confirmada e/ou partilhada pelos parentes que têm as mesmas preocupações.

1. Análise das correspondências

Esse gráfico representa as proximidades nos planos do primeiro e do segundo eixos da análise das correspondências selecionando as modalidades de resposta mais fortemente ligadas entre si. Essa técnica destaca a existência de subgrupos.

É possível distinguir os *jovens,* e mais particularmente os estudantes universitários, embaixo, à esquerda do gráfico. Ainda não tendo tido a experiência do DST, não se submetem a acompanhamento médico, mantêm-se mais ou menos informados sobre a AIDS junto aos amigos e não se preocupam com esta.

Os *operários* e os homossexuais menos instruídos representados no alto do gráfico, são mal informados, não se preocupam com a AIDS e praticamente não tomam precauções.

Os jovens e os menos instruídos se distinguem dos *membros das classes médias urbanas,* no centro, à direita do gráfico. Vivem abertamente sua homossexualidade conhecida e/ou aceita. Todos eles têm em comum a experiência de vida sexual diversificada, de DST e de acompanhamento médico regular. A sensibilização aos problemas da AIDS se exprime essencialmente no subgrupo dos executivos e das pessoas mais instruídas, que são as primeiras a manifestar medo e a indicar mudanças de práticas sexuais adaptadas ao risco.

2. Mudanças de condutas sexuais e teste — 1986 e 1987

Nos quadros 1 e 3, relativos à pesquisa de 1986, os números totais das diferentes categorias segundo a idade, a profissão, o local de residência e o nível de instrução não correspondem ao conjunto da amostra (1.200), em virtude das não-respostas e do número muito pequeno dos que responderam em certas categorias, especialmente a dos agricultores (n = 1.135 para a idade, 1.138 para a profissão, 1.186 para a residência e o nível de instrução). Nos quadros 2 e 4, relativos à pesquisa de 1987, procedeu-se da mesma maneira (n = 1.126 para a

idade, 1.163 para a profissão, 1.188 para a residência e 1.199 para o nível de instrução).

À primeira vista, a diminuição da soroprevalência entre 1986 e 1987, mostrada nos quadros 3 e 4 em quase todas as categorias, poderia causar espanto. Antes de mais nada, essa diminuição deve ser atribuída ao aumento considerável, de 33 a 51%, daqueles que se submeteram a teste e ao fato de que os primeiros a se submeterem a teste o tinham feito porque sabiam estar muito particularmente expostos e atingidos. Observar-se-á em seguida que a evolução varia de uma categoria para outra e que a soroprevalência das categorias menos atingidas em 1986 (os menores de 25 anos, os operários e os habitantes de cidades médias) se aproxima rapidamente da média, enquanto a das categorias mais atingidas (executivos, Paris) fica relativamente estável. Essa indicação da soropositividade recolhida pela sondagem não aspira absolutamente a poder medir com precisão a extensão desta, mas permite destacar as grandes tendências de evolução e poderia servir de sistema de observação e de alerta. O deslocamento da doença aqui observado, das categorias médias e superiores para os operários, é confirmado pelas estatísticas de controle do ministro da Saúde.

mãe
Homossexualidade "não-dita".
sem diplomas
Mal informados
sobre a AIDS
amigos
pai
colegas
operários
Homossexualidade conhecida:
CEP, BEPC
colegas
pai
"vida homossexual
dá mais liberdade"
não conhece muitas
pessoas doentes
amigos
mãe
mãe
Homossexualidade aceita:
vive como
casal fechado
"não teve
relações sexuais
com pessoa
contaminada"
um pouco de
medo da AIDS
vivo só
pai
muitos
parceiros
mau
conhecimento
dos sintomas
"AIDS: pretexto
para condenar
homossexuais"
médico
"à par"
exame sorológico
bianual: médico *gay*
nunca exames
sorológicos
nunca
teve DST
médico "não
está a par"
cidade de + 200.000 hab.
poucas relações
sexuais
informa-se
junto a amigos
exame sorológico
anual: centro
profilático
informa-se nos
meios de comunicação
de massa *gays*
e médicos
mora com
a família
masturbação e
práticas orais
"talvez
uma relação com
uma pessoa contaminada"
vive como casal
muitos parceiros
evita as saunas
Pouco informados
sobre a AIDS
muito medo
da AIDS
categorias superiores
profissões intelectuais
amigos: heteros-
sexuais
menos de
20 anos
usa preservativos
Muito informados
sobre a AIDS
estudos
superiores
estudantes universitários
pai
Homossexualidade desconhecida:
amigos
mãe
colegas

Quadro 1 — (1986): *Desde que a AIDS existe, já tomou precauções sexuais?*

	NÃO	SIM	TOTAL	*Caso afirmativo, quais?*				*Preservativos*			
				Diminuição nº parceiros	Evitar saunas, salas res. bares	Procura relacionam. estável	Abandono penetração	Regularmente	De vez em quando	Muito raramente	Total
	(%)	(%)	(n)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
CONJUNTO	42	58	1200	29	24	23	11	13	12	11	36
Idade											
Menos de 20 anos	54	46	78	15	15	21	10	5	8	9	22
De 21 a 25 anos	51	49	182	26	16	24	7	12	8	7	27
De 26 a 30 anos	40	60	324	31	28	23	10	14	13	10	37
De 31 a 35 anos	38	62	156	31	26	28	10	12	11	15	38
De 36 a 40 anos	44	56	182	32	22	21	14	14	13	8	35
De 41 a 50 anos	34	66	167	33	32	21	12	17	14	15	46
Mais de 50 anos	56	44	60	33	40	27	18	5	11	12	38
Profissão											
Artesão, comerciante	53	47	60	25	28	15	13	12	13	13	38
Executivo	29	71	333	36	33	26	12	17	12	10	39
Prof. intermediária	38	62	219	32	25	16	10	12	14	11	37
Funcionário	50	50	301	28	19	23	8	8	12	12	32
Operário	70	30	64	16	11	13	8	6	8	13	27
Aposentado	62	38	34	18	30	21	15	12	3	12	27
Estudante universitário	46	54	127	24	20	25	9	13	11	8	32
Residência											
Comuna rural	58	42	145	14	15	16	6	10	7	15	32
— 20.000 habitantes	58	42	109	20	15	20	11	10	9	11	30
— 100.000 habitantes	50	50	202	23	16	21	8	8	8	11	27
+ 100.000 habitantes	41	59	290	29	24	21	13	14	11	12	37
Paris	30	70	299	40	35	27	14	15	16	11	42
Subúrbio	39	61	141	36	30	28	9	14	16	5	35
Instrução											
< Curso secundário	57	43	363	24	15	20	7	10	8	13	41
Curso secundário	49	51	232	23	22	23	12	12	13	8	33
Nível superior	32	68	591	36	30	24	12	14	14	10	38

QUADRO 2 — (1987): *Desde que a AIDS existe, já tomou precauções sexuais?*

				Caso afirmativo, quais?				*Preservativos*			
	NÃO	SIM	TOTAL	Diminuição nº parceiros	Evitar saunas, salas res. bares	Procura relacionam. estável	Abandono penetração	Regularmente	De vez em quando	Muito raramente	Total
	(%)	(%)	(n)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
CONJUNTO	24	76	1200	34	26	28	13	29	19	13	61
Idade											
Menos de 20 anos	38	62	76	25	12	26	7	19	23	14	56
De 21 a 25 anos	28	72	265	26	25	40	10	19	17	13	49
De 26 a 30 anos	22	78	240	34	21	29	13	33	18	11	62
De 31 a 35 anos	17	83	192	40	27	21	13	34	20	15	69
De 36 a 40 anos	20	80	157	36	38	24	13	34	21	9	64
De 41 a 50 anos	25	75	121	42	32	27	16	31	18	10	59
Mais de 50 anos	35	65	75	45	39	13	18	9	7	34	50
Profissão											
Artesão, comerciante	30	70	51	37	32	29	3	26	18	11	55
Executivo	14	86	353	42	35	29	17	36	16	14	66
Prof. intermediária	20	80	272	36	26	25	15	32	16	10	58
Funcionário	30	70	246	31	28	30	13	22	21	11	54
Operário	43	57	59	25	18	25	7	18	21	11	50
Aposentado	40	60	27	15	25	5	10	25	10	5	40
Estudante universitário	29	71	155	23	13	35	9	20	24	14	58
Residência											
Comuna rural	29	71	112	31	25	19	18	31	16	8	55
— 20.000 habitantes	35	65	104	27	21	26	14	23	14	10	47
— 100.000 habitantes	33	67	193	28	15	28	8	21	19	12	52
+ 100.000 habitantes	20	80	337	36	26	30	13	30	19	11	60
Paris	20	80	291	44	33	26	15	33	17	12	62
Subúrbio	25	75	151	24	28	27	14	27	20	14	61
Instrução											
< Curso secundário	38	62	316	31	20	27	11	22	18	9	49
Curso secundário	22	78	254	34	24	28	14	27	23	7	57
Nível superior	20	80	629	36	29	29	14	32	16	15	63

QUADRO 3 — (1986): *Já se submeteu a exame para saber se esteve em contato com o vírus da AIDS?*

	NÃO	SIM	Em caso afirmativo, com que resultado?		Sem precisão resultado
			Soro-negativo	Soro-positivo	
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
CONJUNTO	67	33	69	22	9
Idade					
Menos de 20 anos	78	22	82	12	6
De 21 a 25 anos	68	32	85	5	10
De 26 a 30 anos	63	37	63	29	8
De 31 a 35 anos	66	34	65	28	7
De 36 a 40 anos	70	30	67	22	11
De 41 a 50 anos	63	37	69	23	8
Mais de 50 anos	80	20	70	20	10
Profissão					
Artesão, comerciante	70	30	78	16	6
Executivo	63	37	70	25	5
Prof. intermediária	66	34	73	18	9
Funcionário	63	37	60	27	13
Operário	75	25	88	6	6
Aposentado	91	9	100	—	—
Estudante universitário	75	25	84	6	10
Residência					
Comuna rural	82	18	73	15	12
— 20.000 habitantes	64	36	47	26	27
— 100.000 habitantes	63	37	80	7	13
+ 100.000 habitantes	66	34	74	19	7
Paris	57	43	63	32	5
Subúrbio	70	30	74	16	10
Instrução					
< Curso secundário	69	31	61	14	25
Curso secundário	75	25	65	19	16
Nível superior	64	36	75	21	4

QUADRO 4 — (1987): *Já se submeteu a exame para saber se esteve em contato com o vírus da AIDS?*

	NÃO	SIM 1 vez	SIM várias vezes	Em caso afirmativo, com que resultado? Soro-negativo	Soro-positivo	Sem precisão resultado
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
CONJUNTO	49	27	24	81	16	3
Idade						
Menos de 20 anos	68	21	11	100	—	—
De 21 a 25 anos	49	28	23	87	10	3
De 26 a 30 anos	51	27	22	71	20	9
De 31 a 35 anos	45	26	29	75	23	2
De 36 a 40 anos	44	26	30	82	15	3
De 41 a 50 anos	44	26	30	88	12	—
Mais de 50 anos	57	28	15	75	21	4
Profissão						
Artesão, comerciante	29	36	34	89	11	—
Executivo	44	30	26	78	20	2
Prof intermediária	53	24	23	77	15	8
Funcionário	49	27	24	77	16	5
Operário	59	21	20	83	11	6
Aposentado	60	10	30	88	11	—
Estudante universitário	69	28	13	98	—	2
Residência						
Comuna rural	57	25	18	92	2	6
— 20.000 habitantes	65	26	9	85	11	4
— 100.000 habitantes	49	31	20	84	8	8
+ 100.000 habitantes	43	28	29	89	8	3
Paris	43	27	30	66	30	4
Subúrbio	59	23	18	78	22	—
Instrução						
< Curso secundário	54	21	25	79	13	8
Curso secundário	45	32	23	83	14	3
Nível superior	49	28	23	80	17	3

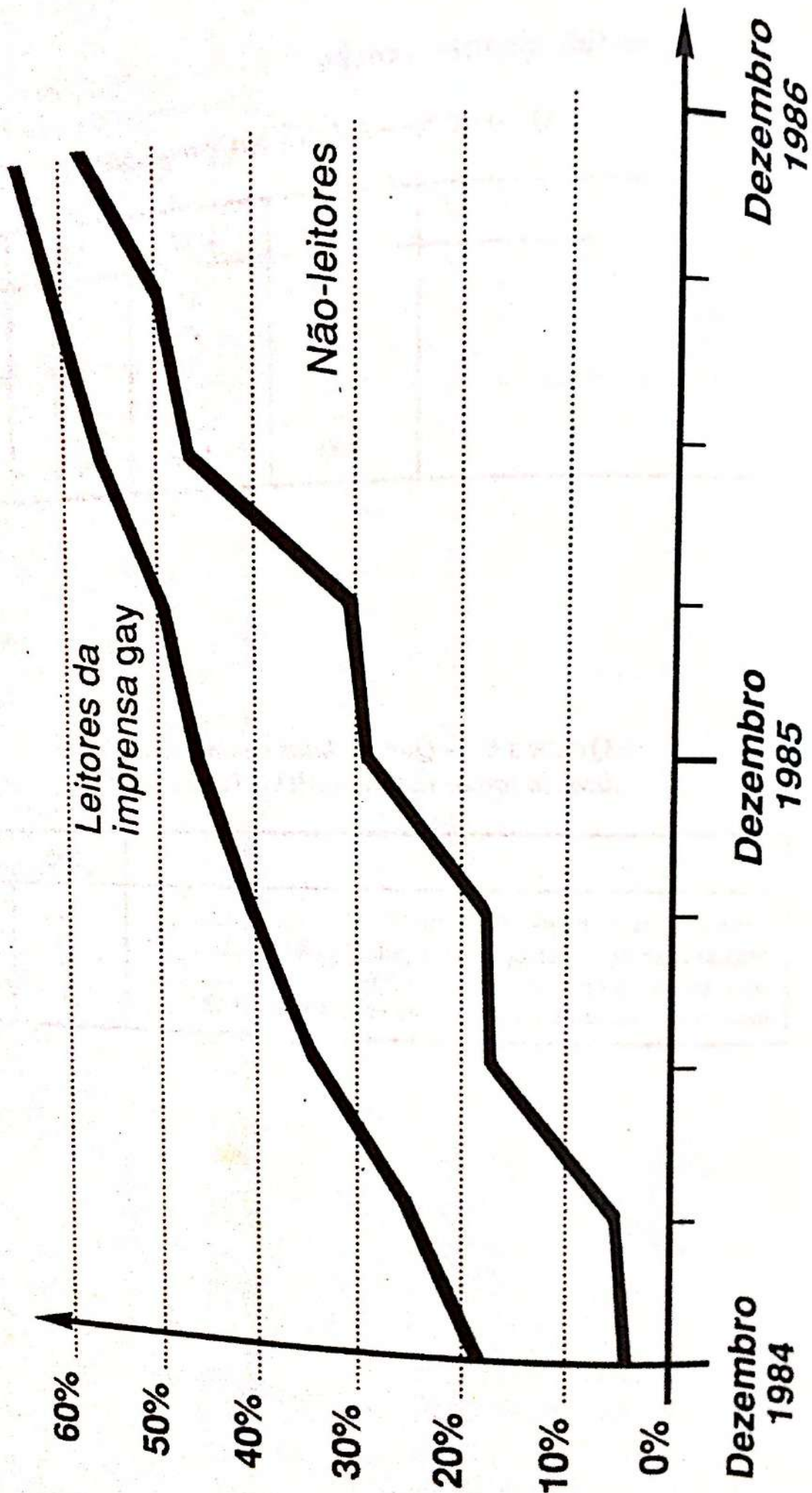
3. Medo e pedido de intervenção

Quadro 5 — *A AIDS o(a) preocupa?*

	1982*	1985	1986	1987
Absolutamente não (%)	37	11	11	7
Um pouco (%)	44	49	43	41
Muito (%)	13	31	33	41
Terrivelmente (%)	6	9	13	11
	100	100	100	100

Quadro 6 — *Que medidas o ministro da Saúde deveria tomar contra a AIDS? (várias respostas)*

	1985	1987
Destinar mais dinheiro à pesquisa (%)......................................	94	98
Aplicar exames de detecção na população (%)........................	60	20
Isolar os doentes e os soropositivos (%)	19	4
Incentivar sistema de auxílio mútuo em associações (%)	71	92

Início das primeiras precauções sexuais
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
Leitores da imprensa gay
Não-leitores
Dezembro 1984
Dezembro 1985
Dezembro 1986

“C om meus amigos, *nunca falamos sobre isso.* Mas estávamos todos *em pânico, num pânico terrível...* É claro que nunca ia querer imaginar que eu mesmo poderia pegar a doença. E depois, com essa doença... *eu sabia que ia me suicidar.* Por volta de setembro, tive gânglios. Então procurei um médico...” (Funcionário desempregado, 25 anos.)

“Recuso-me *a gerir a morte...* Nosso maior êxito neste serviço é ter criado *uma atmosfera de esperança* que encoraja os pacientes a lutar.” (Chefe de serviço de um hospital parisiense.)

“...É improvável que a AIDS dê lugar às regressões sociais experimentadas pelas grandes epidemias ou a soluções ‘totalitárias’...”